

DES
SALPINGO-OVARITES

ENKYSTÉES DANS UN FOYER DE PELVI-PÉRITONITE

ET

DE LEUR TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS BONNET

Né le 1^{er} mai 1863, à Ambérieu (Ain)

Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Lyon
Ancien chef de table de médecine opératoire à la Faculté



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

DES
SALPINGO-OVARITES

ENKYSTÉES DANS UN FOYER DE PELVI-PÉRITONITE

ET

DE LEUR TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS BONNET

Né le 1^{er} mai 1863, à Amérieu (Ain)

Ancien interne des Hopitaux et de la Maternité de Lyon
Ancien chef de table de médecine opératoire à la Faculté



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. GANGOLPHE et POLLOSSON (A.) Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE

PRÉFACE

Lorsque notre maître, M. le professeur Laroyenne, vint attirer l'attention des gynécologistes sur la salpingo-ovarite enkystée dans un foyer de pelvi-péritonite, l'affection n'était évidemment pas tout à fait inconnue. On savait assurément que certaines collections pelviennes sont plus ou moins en rapport avec une trompe ou un ovaire malade. Mais, on semblait ignorer la physionomie toute spéciale avec laquelle se présentent les lésions que nous allons étudier. C'est sous l'influence de cette considération que M. le professeur agrégé Condamin nous suggéra l'idée du travail dont nous avons fait notre thèse inaugurale. Nous nous sommes inspiré à cet effet des travaux publiés par ces deux auteurs et nous avons essayé

de donner à leurs idées tout le développement qu'elles méritent. Heureux si nous avons atteint le but que nous nous sommes proposé!

Nous avons divisé notre étude en cinq chapitres :

Dans le premier, nous faisons un court résumé historique de la question.

Dans le deuxième, nous donnons un aperçu de l'anatomie topographique de la région où siègent ces collections.

Dans le troisième, nous décrivons les lésions anatomo-pathologiques.

Dans le quatrième, nous donnons la méthode thérapeutique suivie dans le service de M. Laroyenne, sans nous arrêter à discuter les autres méthodes qu'on pourrait employer concurremment.

Dans la cinquième, nous formulons un certain nombre de conclusions dans lesquelles sont résumés les points principaux que nous avons eu à traiter dans le cours de notre travail.

Nous ajoutons enfin un certain nombre d'observations, les unes inédites, les autres déjà publiées dans le mémoire de M. Condamin, observations qui viennent démontrer d'une façon péremptoire et l'existence de l'affection telle que le comprend M. Laroyenne et la valeur de la méthode thérapeutique qu'on emploie à la clinique de gynécologie de Lyon.

Nous ne saurions commencer notre travail sans rappeler à nos maîtres soit d'internat, soit d'externat, combien nous avons été touché des égards qu'ils nous ont toujours témoignés. Les rapports excellents que nous avons eus avec eux pendant notre passage dans les hôpitaux de Lyon, nous feront un devoir de ne jamais les oublier.

Nous devons une reconnaissance toute particulière à M. le professeur Laroyenne qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Condamin, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, voudra bien nous permettre de lui adresser nos meilleurs remerciements.

Pendant nos années d'internat, nous avons eu successivement comme chef de service MM. Augagneur, Josserand, Gangolphe, A. Pollosson, Bondet, M. Pollosson, Levrat et Laroyenne. Pendant notre année d'externat, nos maîtres ont été MM. Poncet et Carrier. Nous adressons à tous l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous gardons un souvenir particulièrement cher de notre passage à l'hospice de la Charité. Le semestre d'internat que nous avons passé à la Maternité nous a permis de nous initier dans l'art des accouchements, grâce à l'amabilité parfaite et aux savants conseils de M. le Dr Levrat; à la Clinique de gynécologie nous avons trouvé en M. Laroyenne le maître le plus bienveillant, nous sommes heureux de pouvoir lui adresser ici nos respectueux hommages.

Nous adressons enfin à notre ami le D^r Repelin, aide de clinique gynécologique, et à M. Gallois, externe du service, nos remercements les plus sincères pour l'empressement qu'ils ont mis à recueillir les renseignements qui pouvaient nous être utiles dans la rédaction de ce travail.

DES

SALPINGO-OVARITES

ENKYSTÉES DANS UN FOYER DE PELVI-PÉRITONITE

ET

DE LEUR TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique

Nous n'avons nullement la prétention de faire l'histoire complète des salpingo-ovarites. Nous voulons simplement attirer l'attention sur une variété spéciale de l'affection, variété sur laquelle les gynécologistes nous semblent passer un peu trop rapidement.

La question ainsi limitée n'exige pas, croyons-nous, une bibliographie bien étendue. La plupart des ouvrages que nous avons consultés à cet égard envisagent la salpingo-ovarite d'une tout autre manière. C'est, en effet, d'une façon incidente, pour ainsi dire, qu'ils parlent, de trompes ou d'ovaires ayant quelques rapports avec des foyers de pelvi-péritonite. Ainsi en est-il des observations de Sinety, de Bernutz et Goupil pour ne citer que les principaux auteurs de cette période. Ces gynécolo-

gistes connaissaient assurément les foyers enkystés de pelvi-péritonite : leurs observations en font foi. Mais, à part quelques allusions discrètes à propos d'annexes plus ou moins en rapport avec la paroi de la collection, rien, dans leurs écrits, ne rappelle la lésion telle que la comprend M. le professeur Laroyenne.

Même pénurie dans les ouvrages plus récents. Il y a lieu cependant d'établir une distinction pour le traité de Pozzi. A l'article PELVI-PÉRITONITE de l'édition de 1892, cet auteur parle en effet d'abcès pelvien ayant pour point de départ des annexes malades, mais peu volumineuses, abcès dont la cavité est circonscrite par des fausses membranes et des anses intestinales agglutinées.

Le même auteur signale également, et cela dès sa première édition, des collections enkystées de nature séreuse, développées autour des annexes, en particulier dans le cul-de-sac de Douglas.

La description de Pozzi mérite d'être signalée, car elle se rapporte directement à notre sujet. Mais, hâtons-nous d'ajouter qu'elle est incomplète. Elle ne comprend, en effet, qu'une partie des lésions anatomiques. D'autre part, le terme d'abcès pelvien ne paraît pas répondre, dans l'idée de Pozzi, à une collection toujours pelvi-péritonéale. Pour lui, en effet, les foyers purulents de pelvi-péritonite n'existent qu'exceptionnellement et avec des annexes de petites dimensions. Dans le cas contraire, on aurait affaire tout simplement à des pyo-salpinx volumineux ou, pour employer son expression à « des kystes purulents tubaires qui, d'abord libres, ont été soudés, par un travail ultérieur, aux parois du bassin ». Pour lui, en somme, l'abcès pelvien rentre dans la catégorie « des périméto-sal-

pingites ». C'est un « pyo-salpinx non énucléable » et le terme d'abcès pelvien « a une valeur plutôt chirurgicale qu'anatomique. »

Nous verrons plus loin ce que nous devons penser des dimensions des annexes enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite. Contentons-nous de dire, pour le moment, que les pyo-salpinx volumineux ne sont nullement incompatibles avec ce genre de lésions.

A M. le professeur Laroyenne revient tout le mérite d'avoir attiré l'attention sur la physionomie spéciale de ces collections pelvi-péritonéales, contenant dans leur intérieur des annexes malades. Depuis longtemps déjà le professeur lyonnais insiste, dans ses cours pratiques, sur l'existence de ces lésions et sur leur mode de traitement par la voie vaginale. Un article récent du même auteur (*Archives de tocologie et de gynécologie*, juillet 1893) vient d'en établir, d'une façon définitive, les caractères anatomo-pathologiques. La ponction avec large débridement par le vagin, ainsi que l'ablation totale ou partielle des annexes malades, qui flottent plus ou moins dans la poche enkystante, y sont préconisées comme méthode de choix.

Depuis ce moment, un nombre assez considérable de salpingo-ovarites enkystées ont été observées et traitées à la clinique gynécologique de la Charité. Les résultats obtenus confirment, d'une façon parfaite, l'opinion émise dans l'article auquel nous avons fait allusion.

Les idées de M. Laroyenne viennent d'être reprises et développées tout dernièrement, par son assistant M. le professeur agrégé Condamin, dans un article magistral paru à la fois dans le *Lyon médical* et dans les *Archives*

provinciales de chirurgie. Dans son exposé, l'auteur décrit d'une façon complète, les lésions anatomiques qu'on trouve en pareil cas. Il précise leur mode de traitement par la voie vaginale. Quant au côté symptomatique, il ne fait que l'effleurer, les observations, quoique nombreuses déjà, ne permettant pas encore d'établir des caractères précis à ce point de vue.

Là s'arrête la liste des travaux concernant notre sujet. Si nous cherchons maintenant à résumer les quelques lignes d'historique qui précèdent, nous pouvons en nous plaçant uniquement au point de vue qui nous occupe, classer les auteurs de gynécologie en deux groupes. Dans le premier, nous comprendrons tous les travaux qui précèdent la période actuelle. C'est en vain qu'on chercherait dans les auteurs de cette époque, une description nette et précise de la salpingo-ovarite enkystée. Si leurs observations parlent de collections pelviennes, dont la paroi est plus ou moins en rapport avec des annexes malades, il ne semble pas qu'ils en aient saisi toute l'importance. On ne retrouve nulle part cette physionomie spéciale telle que l'a comprise et présentée M. Laroyenne, et surtout, il n'est fait aucune mention de cette méthode thérapeutique, que préconise le professeur lyonnais.

Le deuxième groupe commence à Pozzi. Avec cet auteur l'affection semble se dessiner un peu mieux. Les annexes pathologiques ne sont plus considérées à l'égal des anses intestinales et brides fibreuses, qui forment la paroi de la poche. Elles prennent une individualité spéciale. Elles ne sont plus seulement une partie indifférente de la paroi kystique. Elles deviennent des organes parfaitement distincts contenus dans une poche séreuse ou purulente.

Cette dernière variété, toutefois, n'apparaît pas d'une façon nette dans l'ouvrage de cet auteur, et il faut venir jusqu'à M. Laroyenne pour avoir une idée nette de la question. A M. le professeur Laroyenne revient, en effet, le mérite d'avoir attiré l'attention sur ces collections péritonéales séreuses, séro-purulentes ou séro-hématiques, contenant dans leur intérieur des annexes malades abcédées ou non. A lui, également, revient l'honneur d'avoir insisté sur la nécessité d'enlever ces annexes ou de débrider les abcès qu'elles contiennent pour arriver à une guérison durable.

L'article de M. Condamin termine enfin la liste des travaux. Il développe avec toute l'ampleur qu'elles méritent, les idées de M. le professeur Laroyenne, achevant ainsi de donner à l'affection ses caractères distinctifs. Il ajoute, en outre, aux procédés opératoires préconisés par M. Laroyenne, des idées spéciales qui sont le complément nécessaire du traitement dans certains cas.

CHAPITRE II

Quelques notions anatomiques sur la région où siègent ces collections.

Avant d'aborder la description des lésions anatomo-pathologiques, nous croyons bon d'esquisser en quelques mots, certaines particularités de l'anatomie topographique normale de la région.

Chez la femme, la cavité pelvienne est fermée inférieurement par une cloison musculo-aponévrotique à éléments multiples. Nous ne voulons point la décrire ici. Rappelons seulement qu'elle se termine, du côté de l'abdomen, par l'aponévrose pelvienne, appelée encore aponévrose périnéale supérieure ou *fascia pelvia*, sorte de voile fibreux jeté sur la couche musculaire pour la protéger et la renforcer.

Au-dessus de cette aponévrose, et compris jusqu'à un certain point dans son épaisseur, se trouvent les organes désignés sous le nom d'organes pelviens. Nous avons

nommé la vessie, l'utérus avec les trompes et les ovaires, et enfin le rectum. La disposition relative de ces viscères est trop connue pour que nous insistions davantage.

Tout autour de ces organes, entre l'aponévrose péritonéale superficielle et le péritoine, se trouve la couche cellulo-graisseuse de l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet.

Enfin, au-dessus de cette couche cellulo graisseuse, au-dessus également des organes pelviens, exception faite pour une partie de l'ovaire, nous trouvons le péritoine sur lequel nous devons nous étendre un peu plus longuement.

Après avoir recouvert la paroi abdominale antérieure, au niveau de laquelle il forme divers replis, le péritoine tapisse dans son ensemble le plancher pelvien, formant aux organes de la région une enveloppe plus ou moins complète. Etudions-le successivement sur la ligne médiane et sur les parties latérales.

Et d'abord sur la ligne médiane le péritoine, en quittant la paroi abdominale, se jette sur la vessie, donnant lieu à une sorte de pont, qui limite le cul-de-sac antérieur dont les dimensions sont excessivement variables suivant l'état de plénitude ou de vacuité de cet organe. Du sommet ou pôle vésical il passe sur la face postérieure, s'arrêtant toutefois, bien au-dessus de la base, particularité qui s'explique très bien par la présence de l'utérus à ce niveau. Arrivé à l'isthme de l'utérus, le péritoine se replie de nouveau pour former le cul-de-sac vésico-utérin.

uis, il recouvre successivement la face antérieure, le fond et toute la face postérieure de l'utérus jusqu'au vagin. A ce niveau, la séreuse péritonéale se portant sur

le rectum, une nouvelle réflexion se produit. Il en résulte la formation d'un nouveau cul-de-sac, qui est le cul-de-sac recto-utérin appelé encore cul-de-sac de Douglas, point le plus déclive de la cavité abdominale.

Si nous passons maintenant aux parties latérales, nous voyons la même séreuse donner naissance à un certain nombre de replis : ce sont les ligaments larges et les plis falciformes de Douglas.

Les ligaments larges s'étendent transversalement des bords de l'utérus à la paroi pelvienne. Ils divisent le petit bassin en deux cavités ou chambres non communicantes. Chacun de ces ligaments est subdivisé en trois replis secondaires ou ailerons. L'aileron antérieur contient le ligament rond. Mais ce dernier s'en détache bientôt pour se porter vers le canal inguinal dans lequel il s'engage. L'aileron moyen contient la trompe. Enfin, l'aileron postérieur contient le ligament de l'ovaire, mais non cet organe lui-même, qui est dépourvu de péritoine jusqu'au niveau de son pédicule vasculaire.

Quant aux plis falciformes de Douglas, ce sont deux replis péritonéaux, qui recouvrent les ligaments utéro-sacrés.

Ils vont de la partie postérieure de l'utérus à la face antérieure du sacrum.

Enfin, dans l'intervalle, laissé libre, soit par les organes pelviens, soit par les replis dont nous venons de parler, le péritoine s'étale directement sur le tissu cellulaire de l'espace de Richet.

Telle est, résumée aussi succinctement que possible, la disposition du péritoine pelvien. Pratiquons maintenant une coupe antéro-postérieure du bassin chez la femme, de

façon à pouvoir examiner le plancher pelvien par sa face supérieure et de bien se rendre compte de sa topographie.

En procédant tel que nous venons de le dire, la première chose qui frappe, avant d'entrer dans les détails, c'est la présence d'un certain nombre de saillies circonscrivant entre elles des dépressions ou fossettes. Les saillies, nous en avons suffisamment parlé: c'est la vessie, c'est l'utérus avec ses annexes, c'est le rectum; ce sont enfin les ligaments que nous venons d'étudier il n'y a qu'un instant.

Les fossettes, nous en avons déjà signalé quelques-unes à propos du péritoine: ce sont les culs-de-sac antérieur, vésico-utérin et recto-utérin. La coupe que nous venons de pratiquer nous en montre quatre nouvelles, ce sont: les fossettes para-vésicale et rétro-ovarienne.

Si on s'en rapporte à la figure schématique qu'on trouve dans le *Traité de Gynécologie* d'Auward, ces diverses fossettes auraient des limites très précises. Nous croyons cependant que quelques-unes d'entre elles communiquent assez largement avec leur voisine pour ne pas mériter une individualisation aussi bien établie. Toutefois, il est certaines collections, dont la localisation bien déterminée semble plaider en faveur de l'opinion d'Auward et justifier le schéma anatomique qu'il donne dans son traité. De sorte que, si l'anatomie topographique n'est pas en accord parfait avec cette manière de voir, la clinique tout au moins démontre que, dans certains cas, la lésion évolue comme s'il en était ainsi.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces questions d'anatomie normale. Il nous suffit d'avoir donné une es-

quisse rapide de la région, pour que l'étude des lésions puisse maintenant être abordée avec fruit. C'est en effet dans cette région même au niveau d'une ou plusieurs de ces fossettes péritonéales, que va se développer la salpingo-ovarite enkystée, dont nous allons voir maintenant la physionomie spéciale.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique macroscopique de la salpingo-ovarite enkystée.

Comme son nom l'indique, la salpingo-ovarite enkystée dans une collection de pelvi-péritonite est une sorte de poche pelvi-péritonéale à contenu liquide renfermant dans son intérieur des annexes malades. C'est, comme le dit très bien dans son article du *Lyon-Médical*, M. le professeur agrégé Condamin, « une lésion inflammatoire des annexes avec réaction particulière du péritoine pelvien ». L'affection est donc absolument intra-péritonéale.

M. le professeur Laroyenne a signalé, comme nous l'avons vu plus haut, la physionomie spéciale de la lésion, dans les *Archives de tologie et de gynécologie*. M. Condamin vient encore d'en reprendre l'étude tout récemment. C'est en nous inspirant des idées émises par ces deux auteurs que nous allons établir, dès à présent, l'ana-

tomie pathologique macroscopique de la salpingo-ovarite enkystée.

Les fossettes péritonéales que nous avons décrites précédemment peuvent, pour la plupart, devenir le siège de l'affection. Toutefois, il en est une dont la prédisposition est nettement démontrée par les observations cliniques : nous voulons parler du cul-de-sac recto-utérin. Aussi, est-ce la collection occupant cette région que nous prendrons, en raison de sa fréquence, comme type de notre description.

La mobilité bien connue de la trompe et de l'ovaire rend parfaitement compte du déplacement facile de ces organes. La déclivité très prononcée du cul-de-sac de Douglas explique la fréquence avec laquelle ils se portent en arrière. Supposons-les, pour un instant, prolabés dans cette région et admettons qu'un foyer de péritonite se déclare et les fixe dans leur nouvelle demeure. On observera alors les phénomènes suivants. Ou bien, ce qui est le plus habituel, des adhérences multiples se développeront autour du foyer pathologique enveloppant les annexes dans une gangue fibreuse plus ou moins épaisse qui leur est intimement unie ; ou bien, fait plus rare, le péritoine pelvien, réagissant d'une façon particulière, donnera naissance à une sorte de loge isolante, sécrétant un liquide dans lequel flotteront, jusqu'à un certain point, trompe et ovaire.

Le premier mode de réaction est connu et étudié depuis longtemps. Nous ne faisons que le signaler. Le deuxième est celui qu'a décrit M. Laroyenne. C'est la salpingo-ovarite enkystée, lésion affectant une physiologie tout à fait spéciale, qui doit seule faire l'objet de notre étude.

En somme, poche enkystante, contenu liquide, annexes présentant des altérations variables, tels sont les différents points que nous avons à examiner successivement.

Voyons d'abord la poche. Lorsque pareille lésion s'est développée dans le cul-de-sac de Douglas, les parois du foyer d'enkystement péritonéal sont disposées de la façon suivante. En bas, c'est le péritoine du cul-de-sac lui-même qui constitue la paroi inférieure ou plancher. En haut, des néo-membranes, des anses intestinales agglutinées entre elles et quelquefois même le fond de l'utérus, qui a légèrement basculé en arrière, donnent naissance à une sorte de dôme qui est la paroi supérieure ou plafond. La paroi postérieure est constituée par le feuillet péritonéal qui recouvre le rectum et médiatement, par conséquent, par cet organe lui-même. Quant aux parois latérales, elles sont formées, tout naturellement, par les plis falciformes que le péritoine fournit aux ligaments utéro-sacrés, et par des brides qui partent de ces plis pour aller jusqu'aux anses intestinales du plafond.

Ainsi donc, péritoine du cul-de-sac de Douglas, péritoine recouvrant le rectum et cet organe lui-même, replis péritonéaux recouvrant les ligaments utéro-sacrés, brides, néo-membranes et anses intestinales, telles sont les parties constituanes de la poche enkystante.

Si nous ajoutons à cela, que cette partie de la séreuse abdominale ainsi que les anses intestinales qui contribuent à former la poche présentent les altérations propres à la pelvi-péritonite, nous aurons une idée à peu près complète de la constitution des parois.

Ces parois, que nous venons de décrire, présentent une particularité sur laquelle nous croyons devoir attirer

l'attention. Au lieu d'une épaisseur considérable, pouvant aller jusqu'à 2 ou 3 centimètres, comme on l'observe dans certaines variétés de salpingites avec production d'exsudats et de masses fibreuses périphériques, que le trocart a peine à traverser au moment de la ponction, on trouve une poche dont la minceur est parfois surprenante. Sans doute, les régions où la paroi est formée par le péritoine recouvert de fausses membranes présentent un degré de résistance assez considérable. C'est notamment ce qu'on observe au niveau du plancher et de la paroi postérieure. De même, en certains points de la paroi supérieure où les anses intestinales ne se laissent décoller qu'avec la plus grande difficulté et où l'exploration digitale, après la ponction, ne dénote aucune bosselure révélatrice de la présence de l'intestin, tant les néo-membranes qui les recouvrent sont venues, en raison de leur épaisseur, en niveler la surface. Aussi, n'avons-nous pas en vue la totalité de la poche, mais seulement certains points correspondant principalement à la paroi supérieure.

Cette dernière, comme nous l'avons vu plus haut, est en général constituée par des anses intestinales agglutinées entre elles. Quelquefois aussi, il s'y joint le fond de l'utérus qui a plus ou moins basculé en arrière. Cette disposition semble, en effet, la plus fréquente. Mais parfois il se produit une réaction toute différente au moment où se déclare le foyer de pelvi-péritonite, et, au lieu d'un dôme intestinal constitué ainsi qu'il a été dit, on n'a plus qu'une sorte de cloison néo-membraneuse d'une extrême minceur. Ce sont ces formes particulières de collections qu'on est étonné de trouver intactes, au cours d'une laparotomie ou d'une autopsie, alors qu'auparavant la ma-

lade a dû subir des manipulations abdominales qui semblent devoir en amener la rupture avec la plus grande facilité. Cette particularité anatomique a été bien vue par M. Laroyenne qui, dès 1886, dans un article du *Lyon-Médical*, insistait sur la grande friabilité de la voûte des collections pelvi-péritonéales. Notre maître voit là une loi générale de l'organisme, loi qu'on peut formuler de la façon suivante : « Toutes les fois qu'une séreuse est le siège d'une lésion pathologique d'ordre inflammatoire, cette dernière est toujours plus accusée du côté du feuillet pariétal que du côté du feuillet viscéral. » Pour le cas présent, le feuillet pariétal est celui qui tapisse, par exemple, le cul-de-sac de Douglas et la face antérieure du rectum. Quant au feuillet viscéral, il est représenté par le péritoine qui recouvre les anses intestinales. Cette sorte de néo-membrane, dont la minceur est tout à fait caractéristique, n'est évidemment pas le péritoine viscéral, mais elle est en rapport avec lui, puisqu'elle ferme la poche du côté de la cavité péritonéale, du côté, par conséquent, des anses de l'intestin. Cette contiguïté ou même cette continuité avec le péritoine viscéral serait une raison suffisante pour expliquer la minceur de la paroi enkystante à ce niveau.

Les caractères tout particuliers que nous venons de relever à propos de la paroi supérieure, nous les retrouvons également au niveau des cloisons, en nombre variable, qui divisent la poche en certains cas. Là encore, ce sont des néo-membranes qui participent du caractère des lésions du péritoine viscéral et qui, pour cette raison, présentent cette minceur extrême, contrastant d'une singulière façon avec les cloisons, rares il est vrai,

qu'on rencontre dans l'intérieur d'une collection salpingienne.

Des phénomènes analogues s'observent pour les autres cavités séreuses enflammées. Ainsi en est-il de l'arachnoïde, de la plèvre, de la vaginale, etc. Il serait facile, en les passant en revue successivement, de justifier la loi émise par M. Laroyenne. Mais nous sortirions de notre sujet et nous avons hâte de reprendre l'étude des lésions que nous avons laissée un instant.

Lorsqu'on ponctionne une collection enkystante, la première chose qui frappe c'est l'issue d'une certaine quantité d'un liquide de nature tout à fait particulière. Tantôt c'est un liquide séreux, citrin et parfaitement limpide, comme dans les observations I et VIII, analogue au liquide de l'ascite par exemple; tantôt c'est un liquide légèrement louche, de coloration un peu jaune verdâtre, tenant en suspension des globules de pus, comme dans l'observation V; tantôt enfin, comme dans l'observation IX, c'est un liquide teinté en rose qui semble contenir des globules rouges, en plus ou moins grande abondance. Ces trois variétés, liquide séreux, liquide séro-purulent, liquide séro-hématique, représentent les caractères habituels des sécrétions de la poche pelvi-péritonéale.

Dans certains cas cependant et alors même qu'on est manifestement en présence d'une salpingo-ovarite enkystée, la ponction, comme dans l'observation X, donne immédiatement issue à un liquide franchement purulent. Lorsqu'on observe un écoulement de cette nature, on pourrait peut-être croire, de prime abord, à une variété de poche enkystante capable de sécréter un liquide purulent et considérer la purulence comme un caractère nou-

veau à ajouter à ceux que nous avons énumérés précédemment. Il est probable cependant que cette sécrétion n'a rien de péritonéal et que la présence du pus est tout simplement le résultat de la rupture d'un abcès développé aux dépens des annexes. Le fait s'explique d'ailleurs très facilement.

Dans certains cas, il s'agit d'un accident opératoire, si toutefois on peut s'exprimer ainsi. C'est qu'au moment de la ponction le trocart a pénétré d'un seul coup et dans la partie péritonéale et dans l'abcès qu'elle enkyste, mêlant ainsi d'une façon plus ou moins complète, mais suffisante, pus et sérosité. Le débridement accentue encore la confusion et, si l'abcès est d'un volume relativement considérable, il devient à peu près impossible de distinguer ce mélange de pus et de sérosité d'un liquide franchement purulent.

A côté de ces cas où il faut voir le résultat direct de l'intervention, il en est d'autres qui relèvent probablement d'une évolution toute naturelle. La paroi de l'abcès, par suite d'un processus pathologique sur lequel nous n'avons pas à insister, s'amincit et s'ulcère. Puis il se produit une rupture spontanée, par suite de laquelle le pus est versé directement dans la sérosité enkystante. Cette manière de voir semble d'ailleurs confirmée par les auteurs classiques, qui considèrent la purulence des collections pelvi-péritonéales comme ayant son point de départ dans un abcès de la trompe ou de l'ovaire.

Ainsi peuvent s'expliquer, croyons-nous, ces faits d'écoulements purulents survenant d'emblée au moment de la ponction, alors même qu'il s'agit manifestement d'une salpingo-ovarite enkystée. C'est, comme nous l'avons dit,

ou bien un accident opératoire, ou bien une rupture spontanée. C'est la sécrétion trouble et purulente d'un abcès ovarique ou d'une muqueuse tubaire distendue et suppurée. Ce n'est point le produit même de la sécrétion de la poche enkystante.

Bien différents, en effet, sont les caractères des sécrétions de cette dernière. Au lieu de cette consistance en quelque sorte visqueuse et filante du liquide provenant des annexes, on observe une fluidité d'autant plus accusée que la sécrétion péritonéale est plus limpide. Que si, dans certains cas, des globules de pus ou des globules sanguins viennent teinter le liquide et en augmenter la consistance, ils ne le font jamais dans des proportions assez considérables pour que la confusion ne puisse être évitée.

Aux caractères que nous venons d'énumérer, M. La-royenne ajoute encore l'abondance relative de la sécrétion. Certaines collections sont en effet remarquables par la quantité considérable de liquide qu'elles renferment. Leurs dimensions énormes permettent de les atteindre avec la plus grande facilité à travers la paroi abdominale, et, au moment de la ponction, c'est un véritable flot de 500 grammes et plus qui s'échappe par l'incision opératoire. Ces faits sont cependant loin d'être les plus fréquents. Le plus souvent, en effet, la quantité de liquide ainsi enkysté est bien moins abondante et tout se borne à un écoulement qu'on peut évaluer à quelques verres à liqueur. Dans quelques cas même, cette quantité est tellement minime que c'est à peine s'il s'échappe quelques gouttes de sérosité et qu'il faut une véritable attention pour que la collection ne passe pas inaperçue.

Tels sont les caractères fondamentaux du liquide enkystant. Quant à la fréquence relative de chaque variété, il semble, d'après les observations recueillies jusqu'à présent, que le plus souvent on trouve un liquide séreux relativement limpide. Les collections séro-purulentes sont un peu moins fréquentes et la variété séro-hématique tout à fait rare. Quant aux collections franchement purulentes, qui ne sont, comme nous l'avons vu, que le résultat d'un accident opératoire ou de la rupture spontanée d'un abcès enkysté, on n'en rencontre que quelques cas.

D'ailleurs, peu importe la variété de liquide qu'on rencontre en pareil cas. Il n'y a, comme le fait remarquer M. Laroyenne « rien d'absolu dans les indications fournies par sa nature ». Il est de toute nécessité, une fois la ponction et le débridement pratiqués, d'explorer l'intérieur de la poche pour bien se rendre compte de l'état des annexes et de la conduite à tenir envers la malade.

Ceci nous amène à une nouvelle catégorie de lésions que nous allons étudier maintenant.

Si, avec un ou deux doigts, on explore l'intérieur de la poche pelvi-péritonéale, deux cas peuvent se présenter. Ou bien, on va trouver des cloisons divisant la poche en un certain nombre de cavités secondaires, cloisons minces et friables, qu'il est nécessaire de rompre pour aller plus loin ; ou bien, on va tomber directement sur des annexes présentant des lésions variables, mais qu'on peut cependant diviser en deux grandes catégories, suivant qu'elles contiennent ou non une collection purulente au sein de leurs tissus. Des cloisons de la poche pelvi-péritonéale nous en avons déjà parlé. Nous n'y reviendrons donc pas.

Quant aux lésions des annexes, nous n'avons fait jusqu'à présent qu'en dire quelques mots nous allons maintenant en donner les principaux caractères.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ou plusieurs abcès formés soit aux dépens de la trompe, soit aux dépens de l'ovaire, soit enfin aux dépens de ces deux organes à la fois. Remarquons toutefois que la trompe paraît en être le siège de prédilection. Ces annexes peuvent être en rapport avec la paroi supérieure, le plancher, les parois antérieure et postérieure, ou encore les parois latérales. Elles peuvent être intimement unies à ces différentes régions séparément ou à plusieurs d'entre elles à la fois, ou encore, ce qui est plus rare, flotter plus ou moins librement dans l'intérieur de la cavité. Bref, elles peuvent occuper des points très différents. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces particularités qui trouveront mieux leur place dans le paragraphe suivant. Pour le moment, nous avons en vue surtout l'abcès en lui-même. Ce dernier, comme nous l'avons dit il n'y a qu'un instant, se rencontre, soit dans l'ovaire, soit surtout dans la trompe, soit enfin dans ces deux organes en même temps. Lorsqu'il siège dans l'ovaire, il peut occuper différents points. Tantôt limité à une partie relativement restreinte de cet organe on voit à la coupe, au milieu d'un tissu présentant les lésions variables de l'inflammation, un abcès de petit volume contenant à peine quelques gouttes de pus. D'autres fois, au lieu de cette collection unique, on a un nombre plus ou moins considérable d'abcès, mais tous bien circonscrits et, en général, toujours de petites dimensions. L'ovaire en pareil cas est pour ainsi dire farci de petites poches purulentes. Ces deux variétés présentent

des indications opératoires qui les rapprochent, jusqu'à un certain point, des annexes simplement sclérosées. Enfin, dans une troisième catégorie de faits, l'abcès est unique, comme il a été dit plus haut, mais au lieu d'être réduit à de minimes dimensions, il devient au contraire assez volumineux pour être ponctionné. Toutefois, l'abcès de grande dimension n'est pas en général un abcès ovarien; c'est plutôt un abcès de la trompe, ou encore un abcès formé à la fois aux dépens de la trompe et de l'ovaire, qui se sont pour ainsi dire fusionnés, pour former les parois d'une même cavité, réalisant de la sorte la lésion désignée sous le nom de pyo-oophoro-salpinx.

Il est absolument certain, quoi qu'en dise Pozzi, que des collections de cette nature peuvent atteindre des dimensions considérables. Mais le fait est relativement rare, et, comme le démontrent nos observations, ce sont plutôt des collections de moyen volume qu'on rencontre le plus souvent. Peut-être doit-on expliquer cette particularité par la durée des lésions. Lorsqu'on est en présence d'une collection annexiale volumineuse non enkystée, rien ne prouve d'une façon absolue que cette collection n'a pas été, tout à fait au début, comprise dans une poche pelvi-péritonéale à contenu séreux. On peut fort bien admettre, en effet, que la lésion durant depuis longtemps le liquide enkystant s'est peu à peu résorbé et que des adhérences, ayant fait leur apparition, ont réuni trompe et ovaire à la poche primitive. Peut-être doit-on chercher dans cette interprétation la véritable raison de la rareté des collections annexiales volumineuses enkystées. Mais, de là à en nier l'existence, il y a loin, et nous ne partageons nullement l'opinion de Pozzi pour qui tout

abcès pelvien de grande dimension est simplement un pyo-salpinx non énucléable indépendant de toute espèce de collections pelvi-péritonéales enkystantes.

L'abcès tubo-ovarien, quel que soit d'ailleurs son volume, présente des caractères qui le distinguent nettement de la poche pelvi-péritonéale. Le doigt qui explore sa cavité ne retrouve point les lésions distinctives de l'inflammation des séreuses. Il s'agit, en effet, d'une muqueuse boursouflée donnant la sensation d'une surface tomenteuse relativement molle. La paroi, en général épaisse, présente toujours une résistance suffisante en ces divers points, bien différente en cela de la poche enkystante. Les cloisons incomplètes qu'on trouve parfois à son intérieur, celles qu'on observe également quand il s'agit d'abcès multiples, se présentent aussi dans des conditions de solidité qui n'ont rien d'analogue avec cette friabilité toute particulière que nous avons vue à propos des cloisons de la cavité périphérique. Enfin, signe pathognomonique, le doigt explorateur a la sensation nette que l'abcès est contenu dans une première poche dont il est plus ou moins indépendant.

Cet abcès ou ces abcès une fois ouverts, on voit apparaître un pus tout à fait caractéristique. Au lieu de ce liquide toujours relativement fluide, dans lequel baignent les annexes, on se trouve en présence d'un pus crémeux et jaunâtre qui s'écoule avec plus ou moins de difficulté et qui nécessite un large débridement de la cavité qui le contient. Ce pus répand parfois une odeur repoussante qu'explique parfaitement le voisinage du rectum.

Les caractères macroscopiques que nous venons de décrire ne sont pas les seuls qui distinguent entre elles

les deux sécrétions. Il existe également des différences capitales au point de vue bactériologique. Tandis que le liquide de la première poche paraît relativement peu septique, comme semblent le démontrer la plupart des observations, celui de l'abcès l'est au contraire suffisamment pour déterminer parfois, à la suite d'une laparotomie, des accidents de la dernière gravité. Des recherches assez nombreuses ont été faites à ce sujet. Elles ont démontré la présence d'un certain nombre de microbes dont l'action pathogène est assez connue pour que nous n'insistions pas plus longuement.

La ponction de la collection pelvi-péritonéale, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ne conduit pas toujours sur un abcès qui puisse être incisé ou qui mérite de l'être. Des recherches ultérieures viendront sans doute démontrer qu'en certains cas, au lieu d'un liquide purulent, on peut rencontrer à l'intérieur de la trompe une collection sanguine. Le fait paraît, au moins, très probable. Toutefois, nous n'avons pas eu l'occasion de l'observer chez les malades traitées dans le service de M. Laroyenne pour des salpingo-ovarites enkystées, mais ce que nous avons pu voir souvent, ce sont des annexes de moyen volume, dont les lésions, parfois peu accusées apparemment, n'en sont pas moins pour la malade une cause de souffrance qui la pousse à réclamer une intervention. Les altérations qu'on trouve en pareil cas sont fort variables. Tantôt c'est un ovaire bourré de petits abcès comme nous l'avons vu précédemment. Tantôt, c'est la dégénérescence microkystique des auteurs. Le tissu ovarien est le siège d'un nombre relativement considérable de petites cavités dont le volume varie entre un grain de millet et un gros pois

et qui sont autant de petits kystes à contenu ordinairement séreux et limpide sur la signification pathologique desquels les auteurs ne sont point fixés. Tantôt enfin, la lésion dominante paraît être l'ovarite interstitielle. L'ovaire en pareil cas offre un tissu relativement dense. Sa surface est chagrinée. Il semble qu'il y ait tendance à l'atrophie. Quelquefois cependant il y a plutôt augmentation de volume et l'ovaire présente une sorte de bourgeonnement qui lui donne un aspect mamelonné. Ces diverses lésions se présentent rarement à l'état isolé. Le plus souvent en effet elles se combinent entre elles pour donner naissance à cette forme mixte qu'on désigne sous le nom d'ovarite scléro-kystique.

La trompe, elle aussi, offre des lésions du plus haut intérêt. Dans la majorité des cas sa direction est notablement modifiée. Au lieu d'aller, comme à l'état normal, à peu près en ligne droite vers la paroi latérale du bassin, elle devient tortueuse et se courbe en un certain nombre de flexuosités. Son volume généralement accru atteint assez souvent celui du pouce. Les parois relativement friables dans certains cas sont au contraire parfois assez résistantes pour rendre leur morcellement difficile. Le plus souvent la paroi tout entière participe à la lésion. Il y a, en quelque sorte, une hypertrophie en masse, une véritable salpingite hypertrophique. La muqueuse du canal, de couleur gris rosé, a un aspect végétant et paraît, dans quelques cas, comme recouverte de véritables fongosités.

Les annexes dont nous venons d'indiquer les altérations principales présentent avec la poche enkystée des rapports que nous n'avons fait qu'ébaucher jusqu'à pré-

sent. Comme l'a fait remarquer M. Condamin dans son mémoire, on peut les trouver un peu partout. Quelquefois, attachées au plafond de la chambre péritonéale, elles tombent à la façon d'une suspension au sein du liquide qui les entoure dans leur portion libre. Les choses se passaient ainsi dans l'observation X, ou après la ponction et le débridement, ovaire et trompe étaient tellement haut, qu'il semblait impossible de pouvoir les atteindre. Dans d'autres cas, c'est l'utérus qui devient leur point d'implantation et c'est contre cet organe qu'il faut aller les chercher. D'autres fois, comme dans l'observation VIII, elles sont fixées à la paroi rectale. Enfin, dans une dernière catégorie de faits qui paraît loin d'être la moins fréquente, on les rencontre vers les parois latérales de la poche, en un point plus voisin par conséquent de leur siège habituel.

En somme, il ne paraît pas y avoir de siège bien précis pour les adhérences tubo-ovariennes. Tout dépend évidemment du point vers lequel la trompe et l'ovaire s'étaient déplacés au moment où la réaction péritonéale les a surpris et arrêtés dans leur migration.

D'autre part, l'étendue des adhérences qui réunissent ainsi contenant et contenu est loin d'être toujours la même. A côté de certains faits où il n'existe qu'une sorte de pédicule, reliant les annexes aux parois et les rendant par conséquent très accessibles, il en est d'autres, au contraire, où ces adhérences s'étendent un peu dans tous les sens, diminuant d'autant la cavité de la poche enkystante, et rendant plus difficile l'exploration de son contenu. Cette dernière catégorie de faits explique les cas où il est difficile de dire si les annexes sont fixées à telle ou telle paroi.

Au lieu de s'attacher nettement et uniquement en un point déterminé, il semble qu'elles soient tributaires de presque tout le pourtour de la poche, ne laissant entre elle et cette dernière qu'un espace très limité où se trouve le liquide pelvi-péritonéal.

Ces adhérences nombreuses et très étendues se rencontrent surtout dans les cas où les annexes offrent des dimensions considérables, principalement par conséquent lorsqu'elles contiennent un foyer suppuré d'un certain volume.

Nous avons essayé, plus haut, d'interpréter les faits d'absence de collection enkystée autour d'un certain nombre de pyo-salpinx volumineux par la durée des lésions. Peut-être la même interprétation est-elle applicable à ces cas d'adhérences très étendues.

Les lésions que nous avons décrites jusqu'à présent se rapportent uniquement à la salpingo-ovarite enkystée dans le cul-de-sac de Douglas. C'est en effet, nous l'avons déjà dit, la variété qui paraît la plus fréquente. Mais il est bien évident que l'affection peut se rencontrer en d'autres points.

Supposons, par exemple, qu'au lieu d'aller dans le cul-de-sac de Douglas les annexes s'arrêtent dans la fossette rétro-ovarienne, ou qu'elles se déplacent au contraire dans la fossette para-vésicale. Supposons, d'autre part, qu'une réaction péritonéale de même nature que celle du Douglas les surprenne dans leur nouvelle position. Il est de toute évidence qu'on pourra voir se développer des lésions absolument analogues à celle que nous venons d'étudier. Il n'y aura de changé, en somme, que la région qu'elles occupent. Quant à leur mode de constitution, il sera toujours identique. En haut, le plafond sera toujours formé par des

anses intestinales agglutinées entre elles et par des néo-membranes. Il en sera de même d'une partie des parois latérales. En bas, la paroi du kyste sera toujours le péritoine plus ou moins recouvert de fausses membranes et ses limites seront les limites même de la nouvelle fossette. S'agit-il de la fossette para-vésicale, la collection sera limitée en dedans par la face externe de la vessie, en arrière par la face antérieure du ligament large, en dehors par le repli péritonéal que soulève le ligament rond ainsi que par la paroi du bassin. S'agit-il au contraire de la fossette rétro-ovarienne, la cloison antérieure sera formée par la face postérieure du ligament large, la cloison latérale interne par les bords du rectum et les ligaments utéro-sacrés. Quant aux limites postérieures et externes, elles seront formées par le péritoine qui recouvre les organes contenus dans ce qu'on appelle en obstétrique, les sinus latéraux du bassin.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des salpingo-ovarites enkystées autres que celles que nous venons d'indiquer. Il ne nous paraît pas impossible cependant, qu'on puisse en rencontrer également dans le cul-de-sac vésico-utérin. Mais jusqu'à présent, nous n'avons pas eu de faits qui nous permettent d'affirmer l'existence de cette localisation.

Les limites que nous avons tracées aux divers foyers de salpingo-ovarites sont loin d'être toujours aussi précises que nous l'avons supposé pour la commodité de la description. Très souvent, le plus ordinairement même, la collection d'une fossette empiète sur sa voisine. Il est assez fréquent, par exemple, de voir une collection de cul-de-sac de Douglas occuper en partie, et quelquefois même

totale, la fossette rétro-ovarienne. Mêmes considérations pour les collections qui siègent dans cette dernière. Le voisinage immédiat des deux régions explique assez bien d'ailleurs cette particularité.

Nous pourrions, à la rigueur, entreprendre l'étude de cette nouvelle variété de salpingo-ovarite, mais, nous n'y trouverions aucune considération nouvelle. Il n'y a là, en effet, qu'une différence de localisation. L'étendue de la collection, ainsi que ses limites ne sont plus les mêmes, mais au fond, il s'agit toujours d'un processus identique. C'est toujours une poche pelvi-péritonéale comprenant des fausses membranes et des anses intestinales et contenant dans son intérieur des annexes malades qui baignent dans un liquide spécial. Tel est le point important, véritablement pratique, qu'on doit retenir de l'exposé de ces lésions.

Nous arrivons ainsi à la fin de notre chapitre d'anatomie pathologique. Nous avons laissé de côté, et cela de propos délibéré, la partie histologique de la question. Nous n'avons pas cru, non plus, devoir suivre dans les lésions des annexes la division adoptée par les classiques. Il eût été facile sans doute en analysant les observations, de retrouver la plupart des formes que décrivent les auteurs.

Mais notre but n'était pas de donner des classifications. Nous voulions simplement faire ressortir la physionomie toute spéciale de la salpingo-ovarite enkystée, en donnant d'une façon générale les caractères macroscopiques de cette affection, sans entrer dans les détails de structure intime, qui ne sont en somme d'aucun intérêt pratique, et qu'on trouve d'ailleurs décrits dans tous les traités spéciaux.

CHAPITRE IV

Traitement. Ponction et débridement.

Ablation des annexes par la voie vaginale.

Salpingo-ovariotripsie.

Les lésions multiples que nous venons de décrire, peuvent être classées en deux grandes catégories, au point de vue du traitement qui leur convient. D'un côté, ce sont des collections multiples qu'il faut ponctionner et débrider successivement; d'un autre côté, ce sont des annexes pathologiques dont il faut pratiquer l'ablation après incision préalable de la poche enkystée.

Au point de vue purement clinique, il serait peut-être intéressant de pouvoir dire à quelle variété on a affaire. Malheureusement, les observations encore trop peu nombreuses ne permettent pas de donner des signes suffisamment caractéristiques de la salpingo-ovarite enkystée et encore moins par conséquent des différentes formes sous lesquelles on peut rencontrer cette affection. Peut-être le

fait de la souplesse d'une poche pelvienne peut-il faire présumer une localisation intra-péritonéale. Mais c'est tout ce qu'on peut dire jusqu'à présent. D'ailleurs, pour les gynécologistes qui acceptent d'emblée la méthode thérapeutique du professeur Laroyenne, nous ne croyons pas qu'il y ait grand intérêt à posséder ces notions. Le premier temps de l'opération est en effet toujours le même. C'est la ponction et le débridement de la poche pelvi-péritonéale. Quant au deuxième temps, qui consiste soit à ouvrir de nouvelles collections, soit à pratiquer l'ablation plus ou moins complète des annexes, il est évident qu'il nécessite des manœuvres un peu spéciales suivant chaque variété. Mais ces manœuvres sont parfaitement réglées. Elles sont toujours sensiblement les mêmes pour une même catégorie de faits. Aussi les indications fournies séance tenante sont-elles largement suffisantes, pour dicter à l'opérateur la conduite qu'il doit suivre. Il suffit en principe de savoir qu'on est peut-être en présence d'une collection pelvi-péritonéale et de bien connaître le manuel opératoire de l'intervention variable que peuvent nécessiter les annexes que la collection est susceptible de renfermer.

Les lignes qui précèdent indiquent assez clairement que nous aurons en vue dans ce chapitre uniquement la méthode thérapeutique suivie par M. Laroyenne. La supériorité de cette méthode a été longuement étudiée, à propos des collections pelviennes en général, soit dans la thèse d'Edmond Blanc (Lyon, 1887), soit dans diverses communications et articles du D^r Gouilloud.

Les observations que nous avons recueillies démontrent que les malades atteintes de salpingo-ovarite enkystée

sont justiciables, elles aussi, du même mode de traitement. Qu'on préfère la laparotomie pour les cas où les annexes non abcédées et non enkystées ne paraissent offrir que peu ou pas d'adhérences avec les parties voisines, la chose peut s'expliquer jusqu'à un certain point. La voie abdominale, comme le dit M. Condamin, dans son mémoire, doit en effet conserver chez certaines femmes les faveurs du chirurgien. Elle permet de se rendre un compte plus exact de l'état des annexes et partant de faire une opération plus conservatrice, mais qu'on pense, par le même procédé, enlever des trompes et des ovaires pathologiques enkystés dans une poche pelvi-péritonéale, c'est là une intervention qui nous semble loin d'être toujours justifiée. La rupture facile de la poche enkystante, ainsi que celle du foyer purulent qu'elle peut contenir sont des raisons assez suffisantes, croyons nous, pour renoncer à la voie abdominale en faveur de l'intervention par le vagin.

Il semble d'ailleurs que, depuis quelque temps, on voit s'effectuer une sorte de réaction en faveur des opérations par la voie vaginale, et cela, non seulement quand il s'agit d'évacuer une collection, mais encore, lorsqu'en l'absence de toute espèce de collection, on veut pratiquer l'ablation des annexes.

Déjà en 1893, dans un article du *Lyon médical*, M. Gouilloud, alors chef de clinique de M. Laroyenne, préconisait l'ovariotomie vaginale de Battey, mais il avait soin d'en limiter les indications aux lésions unilatérales. « Avec une lésion bilatérale, disait-il, et aussi avec des symptômes assez graves et assez tenaces pour légitimer l'extirpation, nous aimerions autant l'hystérec-

tomie peut-être plus facile que l'ablation bilatérale par le vagin. »

Piqué partage à peu près les mêmes idées que l'auteur précédent et, pour lui aussi, l'opération de Battey ne doit se faire que dans des cas bien déterminés.

Avec Byford et Gottschalk, le domaine de l'intervention vaginale s'étend un peu plus. Frappés de l'innocuité de cette opération, ces auteurs ne craignent pas d'en multiplier les indications et de lui donner le pas sur la laparotomie.

Plus récemment encore, Jacob, de Bruxelles, Dhursen et Landau sont venus démontrer que, dans la plupart des cas, l'ablation d'annexes malades et simplement adhérentes était plus inoffensive par le vagin, et que pour eux c'était la méthode de choix.

Enfin, M. le professeur Laroyenne reprenant la question en ce qui concerne la salpingo-ovarite enkystée, est venu à son tour démontrer l'innocuité de l'opération. Pour lui, en présence d'une collection susceptible d'enkyster des annexes malades, il ne doit pas y avoir d'hésitation. Il ne faut aucunement songer à la laparotomie. L'ablation par le vagin après ponction et débridement de la poche péritonéale est seule rationnelle et, point important, souvent seule possible.

C'est dans le même ordre d'idées qu'a été conçu l'article récent de M. Condamin. Pour lui aussi, l'intervention par la voie vaginale vient en première ligne, et il n'y a pas lieu, en présence d'une opération facile et inoffensive comme l'est l'opération de Battey, de lui préférer la voie abdominale, toujours plus dangereuse comme le démontrent les statistiques établies à cet égard.

L'intervention par la voie vaginale, soit qu'il s'agisse de collections à ponctionner, soit qu'il s'agisse d'ablation d'annexes, est donc en résumé tout à fait à l'ordre du jour. C'est une opération relativement facile et à peu près inoffensive. Nous la considérons comme la méthode de choix pour le traitement des salpingo-ovarites enkystées et, nous allons la décrire telle qu'elle se pratique dans le service de M. Laroyenne.

Le premier temps de l'opération consiste en une ponction qui se fait dans le cul-de-sac postérieur après avoir, au préalable, anesthésié la malade et désinfecté soigneusement le vagin.

Sans nous arrêter longtemps sur le manuel opératoire de la ponction vaginale, que d'autres ont longuement décrit avant nous, nous voulons cependant en indiquer les points principaux :

Elle se pratique à l'aide d'un trocart spécial, le trocart canule de M. Laroyenne et toujours dans le cul-de-sac postérieur. Ce trocart présente une courbure analogue à celle de l'hystéromètre et grâce à laquelle on peut ouvrir des collections qui paraissent quelquefois nettement latérales. Il faut avoir soin, pour n'atteindre ni l'artère utérine, ni l'uretère, de se tenir toujours en arrière d'une ligne rasant la face postérieure du museau de tanche. Un ou deux doigts étant alors introduits dans le vagin, pendant qu'un autre, s'il est nécessaire, pénètre en même temps dans le rectum, on place la pointe de son trocart dans les limites prescrites précédemment. On pousse à ce moment dans une direction sensiblement parallèle au rectum. Puis, une fois la région dangereuse dépassée, on achève la ponction en revenant un peu en avant pour embrocher s'il

est nécessaire les collections latérales. Le premier temps de l'opération est terminé. Voyons les renseignements qu'il a pu fournir.

Au moment même où le trocart a pénétré dans la collection, une certaine quantité de liquide séreux, séro-hématique ou séro-purulent s'insinuant dans la rainure de la canule s'est échappé au dehors. C'est l'indice d'une collection pelvi-péritonéale qu'il va falloir débrider pour en explorer le contenu.

Quelquefois, on a d'emblée la preuve d'un abcès inclus dans cette première poche. C'est lorsque le trocart, comme nous l'avons déjà dit, a ponctionné du même coup et la poche enkystante et l'abcès qu'elle contenait. En pareil cas, il s'écoule presque aussitôt une certaine quantité de pus offrant les caractères manifestes d'une collection tubaire ou ovarienne. Mais ce sont là des cas tout particuliers. Très souvent, en effet, tout se borne à l'issue du liquide péritonéal enkystant et il est de toute nécessité, pour connaître le contenu de la poche, d'agrandir la brèche faite par le trocart, de débrider, en un mot, la collection. Ce débridement est le deuxième temps de l'opération.

Une fois la ponction faite, on retire le trocart en ayant soin toutefois de laisser la canule en place. Cette dernière, fendue dans la moitié de sa longueur, va maintenant remplir l'office de sonde cannelée. Le métrotome dont on a préalablement limité l'écartement maximum est introduit dans la fente que nous venons de signaler et poussé ainsi jusque dans le foyer inflammatoire. Puis, on le ramène directement à soi, la lame dirigée transversalement et même un peu obliquement en arrière.

Les dimensions de cette nouvelle incision doivent être

en rapport avec l'importance même de la cavité. Toutefois, dans la majorité des cas, elle doit donner accès au moins à deux doigts juxtaposés. Cette condition semble indispensable pour assurer le traitement définitif de l'affection.

Le débridement permet au contenu séreux de s'écouler en totalité lorsque la ponction, ce qui est habituel, n'a pas suffi au préalable. Il permet, en outre, et c'est là le point important, d'aller explorer l'intérieur de la cavité, d'en rompre les cloisons friables qu'on y rencontre parfois et de constater l'état des annexes.

L'exploration de la poche se fait à l'aide d'un ou deux doigts en s'aidant, s'il est nécessaire, de la main restée libre, qu'on emploie alors à refouler les lésions à travers la paroi abdominale. On peut ainsi constater les lésions que nous avons signalées dans notre chapitre d'anatomie pathologique, lésions variables comme nous l'avons vu et réclamant un traitement tout particulier sur lequel nous devons nous étendre un peu longuement.

Dans un premier groupe de lésions on tombe sur un ou plusieurs abcès. Il est de toute nécessité, en pareil cas, de recourir de nouveau à la ponction et au débridement. Le manuel opératoire est absolument le même que précédemment. Nous n'y reviendrons pas. Disons seulement que dans cette deuxième intervention on n'a pas à courir les mêmes dangers que la première fois. On n'a plus à redouter l'uretère ni l'artère utérine, à condition, bien entendu, de respecter dans ses limites l'incision de la poche pelvi-péritonéale. Le seul danger à redouter, c'est la perforation de part en part de la poche tubaire ou ovarienne et la lésion consécutive des organes qui forment la

paroi enkystante. Mais il suffit d'un peu d'attention pour éviter cet accident.

Dans certains cas il n'est même pas nécessaire de recourir à aucune instrumentation pour pratiquer cette seconde intervention. Le doigt seul suffit à ouvrir et à débrider. Il faut reconnaître cependant que cette manœuvre facile, en général, lorsqu'il s'agit des cloisons friables de la première poche, offre ici, au contraire, beaucoup plus de difficulté et que le plus souvent on est obligé de faire usage du trocart et du métrotome. Le manuel opératoire importe peu d'ailleurs. Le point important, c'est qu'il faut toujours débrider largement toutes collections qu'on rencontrera au cours de l'opération.

Il faut, pour ainsi dire, transformer en une seule poche ces cavités multiples en faisant disparaître, soit avec le doigt, soit avec le métrotome, les cloisons qui les séparent. C'est le seul moyen d'assurer un drainage parfait et, par conséquent, d'arriver à la cure radicale de la lésion.

A côté de ces cas où la ponction et le débridement sont les seules indications opératoires, il en est d'autres qui réclament une tout autre intervention. Les annexes ne sont plus le siège de collections qu'il suffira d'ouvrir, mais elles présentent des lésions sur lesquelles nous ne voulons point revenir, lésions qui vont nécessiter l'ablation de ces organes à travers l'orifice créé dans la poche pelvi-péritonéale. Cette ablation d'annexes par la voie vaginale en cas de salpingo-ovarite enkystée présente un certain nombre de particularités que nous allons maintenant passer en revue.

La première chose à faire en pareil cas, c'est d'essayer de mobiliser l'organe malade. A l'aide d'un doigt introduit

dans la poche enkystante on va à la recherche des annexes qu'on s'efforce de décoller avec le plus de ménagement possible. On essaie de les circonscrire en les détachant de la paroi enkystante à laquelle elles sont fixées par des adhérences plus ou moins résistantes. Dans certains cas, tout se passe avec la plus grande facilité. Trompes et ovaires sont attirés sans peine dans le vagin. Il n'y a plus qu'à les réséquer. Pour ce faire, on peut procéder de deux façons différentes : ou bien mettre une pince, qu'on laisse à demeure pendant vingt-quatre heures, aussi haut que possible sur le pédicule qu'on sectionnera immédiatement en dessous ; ou bien, ce qui est infiniment préférable à cause de l'hémostase, mettre une forte ligature sur ce pédicule qu'on sectionnera de la même façon et qu'on laissera ensuite rentrer dans la poche.

Mais il s'en faut que la pédiculisation soit toujours aussi commode que nous venons de le dire. Souvent les adhérences sont très résistantes et l'on ne saurait chercher à les rompre sans s'exposer à des lésions qui peuvent devenir redoutables. C'est alors qu'il faut avoir recours aux manœuvres que M. Condamin a désignées sous le nom de salpingo-ovariotripsie.

Cette opération consiste essentiellement en une sorte de morcellement de la trompe et de l'ovaire malades. A l'aide d'une pince à larges mors, d'une pince fenêtrée de préférence, telle qu'une pince en cœur, on va à la recherche des annexes, guidé par un doigt introduit préalablement dans la poche. On les saisit entre les mors de la pince et on exerce une sorte de broiement, agissant en même temps avec le doigt, guide précieux qui empêche les délabrements exagérés et indique le moment précis où la

partie triturée doit être extirpée. On recommence la manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire, retirant ainsi morceau par morceau, et sans tractions exagérées, tout ce qu'il est possible d'extraire.

Nous ne saurions trop insister sur les précautions à prendre, soit qu'il s'agisse de pédiculisation, soit qu'il s'agisse de salpingo-ovariotripsie. Pour ne pas rompre la poche, pour ne pas déchirer les anses intestinales qui font partie de sa paroi, il faut toujours procéder avec douceur et bien tenir compte des indications fournies par le doigt explorateur. La rupture de la poche d'enkystement n'a, il est vrai, ordinairement pas de suites fâcheuses. Mais il faut bien savoir cependant qu'elle ouvre la grande cavité péritonéale et qu'on a ainsi une chance d'infection qu'il est toujours bon d'éviter. Quant à la rupture d'une anse intestinale, inutile d'insister sur ses inconvénients. Il y a cependant lieu de faire quelques restrictions à ce sujet. Il résulte, en effet, des auteurs qui pratiquent la ponction pour les collections pelviennes que, lorsque le rectum est blessé au cours de l'opération, la fistule qui en résulte et qui persiste pendant un temps plus ou moins long, finit toujours par guérir d'elle-même. C'est du moins ce qu'a toujours observé M. Laroyenne. Mais du fait du peu de gravité habituel des accidents que nous venons de signaler, il ne s'ensuit pas qu'il ne faille aucunement chercher à les éviter. Il n'est pas de complication, si petite soit-elle, qu'on ne doive redouter. Aussi ne faut-il jamais exagérer les tentations de libération et d'extirpation. Quand le doigt a essayé de mobiliser l'organe malade et qu'il n'a pu réussir à former un pédicule, quand, d'autre part, il a été impossible à l'aide de

la pince d'attirer facilement au dehors le corps du délit, il est de toute nécessité d'abandonner ces premières tentatives et d'avoir recours à la salpingo-ovariotripsie.

On reprochera peut-être à cette opération d'être incomplète et de laisser en place une partie quelquefois assez considérable des lésions. A cela nous répondrons qu'il n'est pas absolument nécessaire de faire une ablation très complète. Les fragments qui persistent finissent toujours par tomber d'eux-mêmes les jours suivants ou bien ils se résorbent à la façon d'organes dont la nutrition est profondément troublée. D'ailleurs, il est même préférable dans certains cas de reporter cette ablation aux jours suivants. C'est lorsque par exemple, après la ponction et le débridement, les annexes sont sur un plan tellement élevé qu'il semble de prime abord impossible de les attirer dans le vagin. En attendant au lendemain on peut les voir, par suite de la régression de la poche, venir se mettre en contact avec l'ouverture vaginale. Tel était le cas de l'observation X où le lendemain et le surlendemain les annexes purent être enlevées très facilement. Il n'y a absolument aucun inconvénient à procéder ainsi. Les tissus pathologiques sont alors beaucoup mieux à la portée de l'opérateur et la malade n'en subit aucune conséquence fâcheuse.

L'opération est terminée, il faut maintenant songer à l'hémostase et au pansement.

Le sang qui s'écoule pendant et après l'opération est parfois en assez faible quantité pour qu'on puisse à la rigueur ne pas s'y arrêter, néanmoins on ne saurait sans s'exposer aux plus graves dangers conseiller cette abstention.

Dans le service de M. Laroyenne, l'hémostase et le premier pansement se pratiquent à l'aide d'une éponge enduite de pétrovaseline-iodoformée qu'on introduit avec une longue pince par la brèche pratiquée dans le cul-de-sac postérieur et qu'on laisse à cheval sur la plaie. La partie profonde de l'éponge se dilatant dans la cavité ponctionnée et sa partie superficielle dans le vagin il en résulte qu'elle demeure fixée assez solidement et qu'elle assure une hémostase des plus parfaites.

Comme le fait remarquer M. Gouilloud dans son mémoire sur les collections pelviennes (*Archives de tocologie et de gynécologie*, 1891), « le choix de cette éponge est capital. Elle doit être d'un volume suffisant pour entrer à frottement, à mailles fines et par suite plus élastique, plus hémostatique. Une éponge trop molle, une éponge bouillie, par exemple, n'arrêtera pas une hémorragie, non plus qu'une éponge trop petite qui n'est pas enserrée par la brèche et, par suite, n'exerce pas une compression efficace sur la plaie. »

Quelquefois au lieu d'une ce sont deux éponges qu'il faut introduire successivement. Cette indication thérapeutique est tirée des dimensions parfois considérables de la cavité et aussi de certaines particularités de structure des lésions anatomiques, lorsque par exemple il existe deux diverticules ne pouvant être tamponnés en même temps. Le manuel opératoire est d'ailleurs toujours identique. Il se complique seulement de la présence d'une première éponge dans l'orifice par lequel doit passer la seconde.

A côté de l'avantage qu'a l'éponge au point de vue de l'hémostase, elle a aussi celui d'assurer un bon pansement grâce à la présence de la pétrovaseline iodoformée. Elle

a en outre le privilège de dilater, de calibrer pour ainsi dire le débridement. Aussi, lorsqu'on en pratique l'ablation dans les jours qui suivent, il semble que la poche ouverte est un simple enfoncement, une simple dépendance de la cavité vaginale, condition éminemment favorable au pansement consécutif.

Nous avons vu, à propos de l'ablation des annexes par la voie vaginale, qu'il valait mieux placer une ligature sur le pédicule que laisser sur ce dernier une pince à demeure. C'est là un résultat d'expérience qui a son importance surtout au point de vue de l'hémostase avec une ligature, le pédicule rentre dans la cavité et rien ne s'oppose au rôle parfait de l'éponge en ce qui concerne le tamponnement. Avec une pince à demeure, l'éponge ne peut se développer en tous sens et forcément la région en rapport direct avec cette pince se trouve plus ou moins privée du bénéfice qu'elle pourrait retirer de cette expansion. Il en résulte parfois un écoulement sanguin qui ne laisse pas que d'être inquiétant. Aussi, comme nous l'avons déjà dit, toutes les fois, qu'il est possible de placer une ligature sur le pédicule il faut y avoir recours et réserver la pince pour les cas seulement où cette ligature n'est pas possible.

Le rôle hémostatique de l'éponge peut être considéré comme terminé au bout de vingt-quatre heures. Lorsqu'on l'enlève à ce moment, il est rare qu'on soit obligé d'en mettre une nouvelle. Mais, à part les cas où il peut être nécessaire de pratiquer ou de compléter une ablation d'annexes impossible au premier moment de l'intervention nous ne croyons pas à la nécessité de procéder aussi rapidement. Dans le service de M. Laroyenne, on laisse

l'éponge en place pendant cinq ou six jours et même davantage sans que la malade en éprouve le moindre inconvénient. Il va sans dire que cette dernière est surveillée attentivement pendant tout cet intervalle, et qu'à la moindre poussée de température, à la moindre aggravation de l'état général, on se tient prêt à faire le pansement consécutif. Mais en dehors de ces indications spéciales, nous ne croyons pas à la nécessité d'enlever à l'éponge aussi rapidement. Peut-être même est-il utile de prolonger un peu son séjour. C'est qu'en effet par la dilatation consécutive qui se produit, elle s'insinue dans toutes les anfractuosités dont elle maintient la béance, condition essentiellement favorable à l'élimination des produits morbides qui sont sécrétés. D'autre part, tout en étant suffisante pour maintenir la béance de la cavité, l'éponge ne s'oppose cependant pas, grâce à son élasticité à une certaine rétraction de la poche. Mais cette rétraction est lente, progressive et se produit d'une façon uniforme en tous les points de la cavité, en allant de la profondeur à la surface. Avec la gaze employée dès le début, on obtiendrait peut-être des résultats moins bons. Il faudrait, pour l'hémostase, pratiquer un tamponnement serré. Or, l'expérience démontre que ce tamponnement à la gaze n'est jamais aussi efficace que le tamponnement à l'éponge. De plus, la gaze n'a pas la puissance expansive de l'éponge. Elle ne s'insinue pas d'une façon aussi parfaite dans les anfractuosités que peut contenir la poche. Il peut en résulter que certaines parties tout au moins, se ferment trop rapidement et ne conduisent à une récurrence qu'on évite parfaitement en retardant la cicatrisation. Pour toutes ces raisons, nous croyons bon, par conséquent, de

préférer l'éponge et de la laisser en place pendant quelques jours, à moins qu'une indication spéciale ne vienne hâter son ablation.

L'ablation de l'éponge demande certains ménagements. Elle est douloureuse. Les rapports avec les tissus qui l'enserrent sont devenus plus intimes. Elle est aussi devenue plus friable. Autant de raisons qui viennent augmenter les difficultés de l'extraction. Voici comment on procède dans le service de M. Laroyenne : On fait au préalable une toilette sommaire du vagin. Puis, avec un doigt, on circonscrit l'orifice du débridement, afin de le libérer, en quelque sorte, de son contact avec l'éponge. On saisit alors cette dernière à l'aide d'une pince et on en pratique l'extraction en général assez facilement. Quelquefois le tissu de l'éponge est devenu tellement friable qu'il se déchire sous les efforts de traction. Ce n'est là qu'une complication sans inconvénient autre que celui de faire durer un peu plus longtemps l'opération.

L'ablation de l'éponge est suivie de l'écoulement d'une certaine quantité de liquide purulent, d'odeur repoussante. Il n'y a pas lieu de s'en préoccuper outre mesure. On se contente de faire un lavage vaginal antiseptique, sans s'inquiéter de la poche elle-même qu'on ne lave jamais, et on place alors le pansement définitif ou plutôt un des pansements définitifs.

A l'aide d'une pince à mors lisses on saisit une mèche de gaze iodoformée, de dimensions variables suivant la cavité. Cette mèche que, pour plus de précautions, on enduit au préalable de pétro-vaseline iodoformée, est poussée directement dans la poche qu'elle doit remplir autant que possible. La partie de la mèche qui n'a pu

entrer dans la cavité est abandonnée dans le vagin et on peut à la rigueur lui adjoindre encore quelques tampons antiseptiques.

L'introduction de la mèche doit se faire avec beaucoup de précautions, car on a toujours à redouter la perforation de la poche dont les parois ne sont pas encore suffisamment résistantes.

La configuration de la pince nous paraît également d'une certaine importance. Il faut autant que possible une pince longue et à mors lisse, qui n'entraîne pas au retour la gaze qu'elle vient d'introduire. Dans le service de M. Laroyenne, on se sert à cet effet d'une pince dont l'articulation est analogue à celle de son spéculum et dont les branches, par conséquent, peuvent être retirées séparément. Cette modification jointe à la présence de mors lisses facilite singulièrement le pansement des collections pelviennes traitées par la voie vaginale.

Le pansement à la gaze iodoformée doit rester en place le plus longtemps possible. On attend en général qu'il tombe de lui-même pour le remplacer. Pendant tout ce temps, la malade est soumise aux soins de propreté habituels, soins sommaires cependant, car on a remarqué que les injections vaginales abondantes amènent la chute presque immédiate de la mèche. Lorsque cette dernière est tombée, on en place une nouvelle, et cela toujours par le même procédé. On se comporte dans les jours qui suivent de la même façon que la première fois, et lorsque cette deuxième mèche tombe à son tour on la remplace par une troisième. On continue ainsi pendant un temps qu'il est difficile de bien préciser, étant donnée la variabilité des cas. Quand il s'agit d'ablation pure et simple

d'annexes, tout se termine en général entre quinze jours et trois semaines. Mais s'il y a foyer suppuré ayant nécessité le débridement, la guérison met beaucoup plus de temps à se faire. Quel que soit le cas d'ailleurs, il est de toute importance que la poche se ferme lentement et d'une façon progressive, de la profondeur à la surface. Ce n'est qu'au bout d'un temps quelquefois assez long qu'on est autorisé à supprimer toute espèce de pansement. Mais, avant de s'y résoudre, il faut bien examiner la malade, et s'il reste le moindre noyau suspect, il faut sans retard recourir de nouveau à la mèche de gaze iodoformée.

Quelquefois la rétraction de la poche s'opère avec une telle rapidité que dès les premiers temps il semble, sinon impossible, tout au moins très difficile de renouveler le pansement. Il ne faut pas craindre alors de recourir à la dilatation forcée de l'orifice. Avec quelques bougies de Hegar on arrive en général assez facilement à se rendre maître de la situation, et on est parfois tout étonné de tomber sur une cavité, que ne faisait nullement soupçonner l'étroitesse de l'orifice et qui, abandonnée à elle-même, aurait conduit infailliblement à la récurrence. On place alors une nouvelle mèche de gaze en se comportant absolument comme nous l'avons dit plus haut.

Dans tout ce que nous avons vu jusqu'ici, il n'a jamais été question de lavage de la poche. C'est qu'en effet cette méthode qu'employait jadis M. Laroyenne ne s'emploie plus aujourd'hui à la clinique de gynécologie.

M. Gouilloud, dans le mémoire dont nous avons déjà parlé conseillait encore le lavage dans les cas où les poches très vastes étaient le siège d'une sécrétion purulente très abondante. Actuellement il ne semble pas qu'il y ait

jamais indication à lavage, ou tout au moins ces indications doivent être bien rares, car nous n'avons jamais eu l'occasion d'en pratiquer ou d'en voir pratiquer pendant notre séjour à la clinique.

Telle est la méthode thérapeutique suivie par M. le professeur Laroyenne à l'égard des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite, méthode de choix par excellence et qui bien comprise et bien exécutée donne forcément les meilleurs résultats, comme il sera facile de s'en convaincre en lisant les observations que nous rapportons.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATION I

Salpingo-ovarite gauche enkystée.
Ablation par la voie vaginale (Laroyenne)

C... Marie, vingt et un ans, née à Demes (Jura), entrée le 21 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 9 ; sorti le 5 avril.

Réglée à quinze ans. Accouchement il y a trois ans. Santé excellente jusqu'à ces derniers temps.

Il y a douze jours elle fut prise de douleurs abdominales sans causes connues ; douleurs continues avec des exacerbations plus prononcées à gauche. Quelques pertes blanches. Collection constatée dans le cul-de-sac de Douglas, palpation et mouvements communiqués à l'utérus douloureux. Rien à noter à droite.

22 mars. — Ponction et débridement du cul-de-sac postérieur.

Issue d'un demi-verre d'un liquide séreux presque transparent ; trompe et ovaire gauche hypertrophiés ; les organes adhérents à la paroi sont décollés avec le doigt, pince appliquée sur le pédicule. Eponge à cheval sur la brèche vaginale. La pince est enlevée

quarante-huit heures après son application et l'éponge le septième jour. elle est remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

5 avril. — La malade quitte le service. Revue le 11 avril, on sent l'ouverture de l'incision, pas d'induration. Les deux côtés sont très souples, aucune douleur à la palpation, ni au toucher, utérus en bonne position. La température s'est élevée un jour seulement à 38°,2.

L'examen des annexes extirpées avait démontré un ovaire hypertrophié transformé presque complètement en une coque d'une épaisseur de 2 millimètres environ remplie de pus. La trompe hypertrophiée est tapissée d'une muqueuse fongueuse avec sécrétion purulente.

OBSERVATION II

Double salpingo-ovarite enkystée. — Double ablation par la voie vaginale après ouverture d'une poche séreuse.
(Laroyenne.)

B..., Marie-Joséphine, vingt-quatre ans, née à Lyon, entrée le 1^{er} mars 1893, à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 4, sortie le 23 mars 1893.

Réglée à dix-sept ans, ni enfant, ni fausse couche. Bonne santé habituelle, quelques pertes blanches. La malade qui est apprêteuse de tulles, a été prise, il y a une dizaine de jours de violentes douleurs abdominales qui la forcèrent à s'aliter. On constate une collection plutôt empâtée que fluctuante dans le cul de-sac postérieur douloureux. Ecoulement d'un verre de sérosité légèrement louche; par le débridement vaginal, on sent avec le doigt les annexes des deux côtés prolabées et adhérentes.

3 mars. — Elles sont successivement décollées, pince à demeure quarante-huit heures, éponge à cheval.

5 mars. — Ablation des pinces.

9 mars. — L'éponge est retirée et remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

16 mars. — Nouvelle mèche.

21 mars. — Idem.

24 mars. — Elle quitte le service.

11 avril. — La malade est revue à la consultation gratuite; elle n'accuse aucune souffrance.

L'utérus est en bonne position. Le lendemain de l'opération la température s'est élevée à 38°,4.

L'examen des pièces avait démontré que les deux ovaires hypertrophiés contenaient des vacuoles remplies d'une sérosité trouble, et que les deux trompes étaient légèrement épaissies et dilatées.

OBSERVATION III

*Salpingo-ovarite gauche et ablation par la voie vaginale,
après ponction et débridement d'une poche séreuse.
(Laroyenne.)*

G., Marie-Louise, dix-huit ans, née à Eysieu (Isère), entrée le 26 novembre 1892, salle Sainte-Marie, n° 6, sortie le 6 mars 1893.

Double salpingo-ovarite plus prononcée à gauche.

Ablation des annexes gauches par la voie vaginale.

Réglée à douze ans, pas d'enfants ni de fausse couche. Le début de l'affection remonte à un mois environ. La malade éprouva au moment de ses règles brusquement, sans cause connue, des douleurs iliaques, plus accusées à gauche. On constate une double salpingo-ovarite peu douloureuse à la pression du côté droit, utérus en bonne position.

14 octobre. — L'incision du cul-de-sac postérieur fournit un écoulement d'un liquide séreux légèrement trouble, 190 grammes environ. Extirpation des annexes gauches, pince sur le pédicule, éponge enveloppée de gaze iodoformée dans l'ouverture. Le 16, la pince est enlevée et l'éponge laissée en place.

L'ovaire extirpé est peu volumineux, un peu induré, sa coupe

est uniforme. La trompe est dilatée dans sa portion externe. La malade se plaint toujours de douleurs à gauche.

3 janvier 1893. — On perçoit dans le cul-de-sac latéral gauche une petite collection manifestement fluctuante. En pratiquant le toucher on perfore la collection, il s'écoule quelques grammes de pus.

6 mars. — La malade quitte le service en bon état.

Revue quinze jours après, la plaie est cicatrisée et la malade ne se plaint d'aucune douleur.

Cependant le 26 mars elle revient en se plaignant de quelques douleurs à gauche.

OBSERVATION IV

Salpingo-ovarite gauche enkystée. — Ponction et débridement de la poche enkystée. — Ablation des annexes gauches par la voie vaginale. — Fistule rectale spontanément guérie (Laroyenne).

B..., J..., trente ans, née à Irigny, entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 12, le 9 mai 1893. Cette malade souffre du ventre depuis assez longtemps déjà. A son entrée, on constate une collection assez volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas.

10 mai 1893. — Opération. Ponction et débridement transversal suivant la méthode de Laroyenne. Écoulement d'un liquide clair d'abord, puis un peu louche. On sent dans la cavité de cette poche les annexes gauches tuméfiées et adhérentes par leur partie supérieure à la paroi supérieure de la poche. Avec une pince en cœur, on les attire dans le vagin après les avoir décollées dans les limites du possible. On voit venir à leur suite un peu d'épiploon ou des franges épiploïques et probablement un peu d'intestin.

On place une pince courbe sur le pédicule et on pratique l'ablation de l'ovaire et de la trompe qui sont augmentés de volume. La trompe est fongueuse.

Amélioration immédiate, mais après l'enlèvement de l'éponge on constate une fistule recto-vaginale. La malade ne souffrant plus quitte la Charité le 26 mai avant que sa fistule recto-vaginale ne soit fermée. Il sort du reste fort peu de matières par le collet de l'orifice de la ponction.

8 juin. — La malade est revue à la consultation gratuite. Elle ne souffre plus du ventre. La fistule ne livre plus passage qu'aux matières tout à fait liquides.

Août. — La malade est complètement guérie de sa fistule Elle ne souffre plus du ventre.

OBSERVATION V

Salpingo-ovarite double enkystée dans un foyer de péritonite. — Ponction du foyer. — Ablation des annexes par la voie vaginale (Laroyenne).

M..., M..., vingt-cinq ans, née à Lyon, demeurant rue Garibaldi, 214. Entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 10, le 9 mai 1894.

Bonne santé habituelle. Réglée à quinze ans, toujours régulièrement. A eu deux enfants, le dernier il y a six ans. Depuis deux ans, la malade souffre presque continuellement du bas-ventre; ses douleurs sont surtout exaspérées par les rapports sexuels; les règles durent quatre ou cinq jours, pas très abondantes, mais douloureuses. Jamais de métrorragies, pertes blanches continuelles. De plus, il y a un mois, elle a pendant quelques jours perdu en jaune.

Depuis deux mois les douleurs ont beaucoup augmenté, elles sont devenues continues et rendent la marche et tout travail impossible. La malade a maigri un peu, mais son état général est resté bon à part une hyperexcitabilité nerveuse extrême. Elle ne tousse pas. L'auscultation de ses poumons ne révèle rien d'anormal

Par le toucher vaginal on sent une collection remplissant le

cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux. Cette collection est douloureuse à la pression, mais on trouve surtout deux points extrêmement sensibles situés contre l'utérus à droite et à gauche.

On prescrit le repos et des topiques.

24 mai. — Il n'y a aucune amélioration. On se décide à intervenir. Ponction avec le trocart de M. Laroyenne, suivie de débriement dans le cul-de-sac postérieur, un peu à gauche. Issue d'une grande quantité de liquide séro-purulent, en introduisant le doigt dans cette première poche, poche péritonéale, ou on sent une deuxième collection sur le côté gauche de l'utérus. On la ponctionne et on voit sortir un liquide franchement purulent. On attire alors avec le doigt et les pinces en cœur les parois de cette deuxième collection, on constate alors très nettement que l'on a affaire à la trompe et à l'ovaire. On place une pince à demeure aussi loin que possible sur la trompe. On incise et on extirpe les annexes.

Le doigt étant de nouveau réintroduit dans la poche péritonéale ; on sent les annexes du côté droit très volumineuses ; on les attire en bas, dans le vagin. Pendant cette manœuvre, on voit sourdre du pus à travers la trompe et l'ovaire : on enlève les annexes à droite de la même façon qu'à gauche.

A l'examen microscopique des pièces enlevées, on voit qu'elles présentent les mêmes lésions, à droite et à gauche. Les trompes sont épaissies et dilatées, tapissées d'un enduit purulent. Quant aux ovaires, ils présentent, outre quelques petits kystes, de nombreux infarctus, des petits noyaux purulents, enfin, dans certains points, une sclérose manifeste.

Les jours qui suivent l'opération, la malade se sent très soulagée. Le lendemain de l'opération on enlève les pinces et on remplace l'éponge hémostatique par des mèches de gaze iodoformée.

Après une période de quelques semaines où la malade fut rendue très souffrante par une diarrhée persistante, un jour, en changeant la mèche de gaze iodoformée, on trouva une petite masse gangrenée du volume d'une amande, qui était probablement le reliquat de l'ovaire ou de la trompe qui n'avait pu être enlevé en totalité.

22 juin. — La cicatrisation vaginale est complète, Le cul-de-sac est très souple. En arrière, il ne persiste qu'une tuméfaction à peine sensible. La malade quitte la Charité.

OBSERVATION VI (abrégée).

Salpingo-ovarite gauche. — Collection ouverte spontanément dans le rectum. — Ponction. — Ablation d'une partie de l'ovaire et de la trompe gauche. (Laroyenne.)

G..., femme C..., vingt et un ans, née à Ville-Macieux (Isère).

Entrée à la Charité, salle Sainte-Marie, 3, 19 mai. Souffre depuis longtemps. Son abcès constaté dans le cul-de-sac de Douglas s'ouvre dans le rectum. Légère détente qui dure peu.

27 mai. — Ponction de la poche qui se vidait mal dans le rectum. Les annexes sont accolées à droite et à gauche de l'utérus. On ne parvient qu'à décoller l'ovaire et une partie de la trompe gauche qui sont pédiculisés et enlevés.

La malade continue à souffrir, mais à droite. Au bout d'un certain temps, il se reforma un abcès à droite que l'on dut ponctionner (observation peu démonstrative en raison de la bilatéralité des lésions et de l'impossibilité où l'on a été placé d'enlever les annexes des deux côtés). La malade peu docile fut perdue de vue.

OBSERVATION VII

Collection dans le cul-de-sac postérieur. — Annexite droite enkystée. — Ablation des annexes à droite par la voie vaginale. (Laroyenne.)

B. A..., trente-deux ans, rue Boileau, 162, Lyon.

Entrée à la Charité le 17 juin.

Bonne santé habituelle. Régée à quatorze ans, toujours régulièrement. A eu cinq enfants, le dernier il y a un an. Jamais de fausses couches.

Il y a deux ans et demi, après un accouchement, elle eut une rétroversion pour laquelle elle passa six semaines dans le service. Depuis deux mois, elle a eu des douleurs lombaires ; en même temps ses règles sont devenues très abondantes, durant dix jours, au lieu de quatre ou cinq comme auparavant.

Au toucher, on trouve une volumineuse collection dans le cul-de-sac postérieur : l'utérus est en position normale.

Ponction sur la ligne médiane, suivant la méthode de Laroyenne. Écoulement abondant d'un liquide séro-purulent. Dans la cavité, on trouve la trompe et l'ovaire droit notablement augmentés de volume et très adhérents à la paroi supérieure de la poche. On ne peut les libérer pour les attirer dans le vagin : on se contente de les enlever par morcellement à l'aide d'une pince.

La malade fut immédiatement soulagée. La température s'abaisse avec l'intervention et, au bout de quelques semaines, la malade put rentrer chez elle.

OBSERVATION VIII

Annexite double enkystée. — Ablation de la trompe droite par la voie vaginale. — Ovariectomie à gauche. (Condammin.)

A. A..., vingt-six ans, née à Vaulx-en-Velin, demeurant cours Lafayette, 112. Entrée à la Charité en août 1893.

Bonne santé habituelle. Régée à quatorze ans régulièrement, a eu deux enfants, l'un il y a six ans, l'autre il y a trois ans et demi. Peu après son dernier accouchement, elle eut une fausse couche de deux mois. C'est de cette époque que date le début de l'affection actuelle.

Depuis lors, elle a constamment souffert du ventre. A deux

reprises elle a dû s'aliter à cause de l'intensité des douleurs qu'elle ressentait.

Au toucher, on sent nettement une collection dans le cul de-sac de Douglas.

Ponction d'après la méthode de Laroyenne. Issue d'un liquide séreux. Par l'ouverture agrandie de la ponction on pénètre dans une poche où l'on sent l'ovaire gauche accolé en arrière contre le rectum, et non pédiculé. On se rend compte qu'il est difficile de l'attirer, malgré son augmentation de volume, dans le vagin, sans amener avec lui les organes intestinaux et le rectum contre lesquels il est fixé. Dans la crainte de déterminer une fistule intestino-vaginale, M. Condamin se contente de le dilacérer en le morcelant par tripsie au moyen d'une pince à plateau.

A droite et assez haut, on trouve dans la même poche une petite masse arrondie que l'on attire dans le vagin ; on la pédiculise et on l'enlève, c'était la trompe droite, notablement dilatée sur une partie de son trajet.

8 septembre. — La malade ne souffre à peu près plus.

Malgré les instances que l'on met à la garder dans le service, pour maintenir béant son trajet vaginal, elle quitte le service.

OBSERVATION IX

Salpingo-ovarite gauche enkystée. — Ponction et débridement. — Ablation des annexes gauches par la voie vaginale. (Laroyenne.)

T. M. ., trente et un ans, demeurant à Lyon, rue des Trois-Pierres, 94.

Entrée à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 3, le 7 décembre 1893.

A fait à la Pitié, il y a huit ans, un séjour de quelque temps, pour une métrite ? Depuis le mois d'août dernier, elle ressent des douleurs très accentuées à gauche, moins vives à droite.

Au toucher, on sent en arrière et à gauche de l'utérus une masse relativement mobile et douloureuse à la pression ; à droite également un peu d'empâtement.

8 décembre 1893. — Opération. Ponction et débridements d'après la méthode de Laroyenne. On trouve une poche d'où il s'écoule du liquide séro-hématique louche. Après le débridement, le doigt introduit dans la cavité ponctionnée sent une trompe dilatée que l'on ponctionne et d'où il s'écoule du pus. Cette trompe très dilatée en dedans est fort tortueuse en arrière. On la libère des adhérences qu'elle présente avec la poche précitée on l'attire dans le vagin en même temps que l'ovaire correspondant. On place une pince de Richelot sur le pédicule commun et l'on sectionne au-dessous. Une éponge placée sur la surface de section vaginale arrête immédiatement une légère hémorragie.

Le 18 décembre, on enlève la pince.

Pas de température les jours qui suivent l'opération.

Aussi on n'enlève l'éponge pour la remplacer par une mèche de gaze iodoformée que le 18 décembre.

21 décembre. — La malade se déclare guérie et veut absolument quitter la Charité.

L'utérus est encore un peu fixé. Les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas douloureux. Il est légèrement attiré en arrière. A gauche où l'on a pratiqué l'ablation des annexes, on ne constate plus rien d'anormal.

OBSERVATION X

Salpingo-ovarite enkystée. — Ponction simple et débridement. — Les douleurs persistent. — Nouvelle intervention par laquelle les annexes sont enlevées par la voie vaginale (Condamin).

B..., née à Roanne, entre à la Charité le 15 octobre 1893. Souffre du côté gauche depuis plusieurs années. Recrudescence

des douleurs depuis quelque temps. A son entrée, on constate une collection volumineuse à gauche.

Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule une grande quantité de pus. On sent les annexes volumineuses et à gauche collés au plafond de la poche qui les enkystait. On essaye de les décoller et de les mobiliser, mais elles paraissent très adhérentes et il ne paraît pas possible de les attirer jusqu'au vagin. Le lendemain, la malade déclare souffrir autant qu'avant l'opération.

On enlève l'éponge et l'on constate que les annexes, hier très haut, sont beaucoup plus bas, sous l'influence de la rétrocession de la poche purulente : on pratique alors l'ablation de l'ovaire et de la trompe ou plutôt d'une partie de la trompe, car, quelques jours après, on constatait de nouveau qu'un fragment de trompe était venu en contact avec l'orifice de la ponction. Cette dernière partie des annexes est également enlevée et, à partir de ce moment, la malade est bien soulagée. Les annexes enlevées présentent des lésions avancées.

Quelques jours après, la malade ne souffrant plus demande à quitter le service.

21 décembre. — Elle revient à la consultation gratuite à cette époque; on constate que les culs-de-sac sont souples. L'utérus, encore un peu volumineux, est déjeté à droite. Du côté gauche, où a été pratiquée l'ablation des annexes, on ne sent aucun empatement; pas de douleur à la pression.

Du côté droit, il persiste un peu de sensibilité à la pression. La malade, très névropathe, se plaint néanmoins d'avoir quelque peine à marcher, ce dont on ne se douterait pas en la voyant marcher.

6 mars. — La malade est revue. Elle ne souffre presque plus, mais elle se croit enceinte à cause d'un-léger retard dans les règles.

22 avril. — Les règles sont revenues, donc pas de grossesse. Les culs-de sac sont parfaitement souples et l'on ne constate rien d'anormal par un examen soigneux.

OBSERVATION XII

Salpingo-ovarite gauche enkystée dans un foyer de pelvi-péritonite. — Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche par la voie vaginale (Condamin).

F..., âgée de vingt-neuf ans, demeurant à Lyon, 4, rue Saint-Jérôme, entre à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 9, le 23 décembre 1893.

Toujours bien réglée ; pertes blanches à peu près continuelles dans l'intervalle des règles. Début de l'état actuel il y a environ six à sept mois par des douleurs dans les deux fosses iliaques. Entrée à l'Hôtel-Dieu il y a deux mois ; on traita son affection par le repos et par des révulsifs sur la paroi abdominale.

Deux mois après, comme son état restait stationnaire, elle entre à la Charité, où l'on constate un empâtement très douloureux des culs-de-sac. La douleur est telle, surtout à gauche, qu'il est difficile de préciser le diagnostic.

Sous l'anesthésie par l'éther, on constate alors nettement une collection fluctuante siégeant dans le cul-de-sac de Douglas et du côté gauche.

Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule un demi-litre de liquide citrin, séreux. Le doigt introduit dans la cavité rencontre une trompe dilatée, du volume d'une mandarine. On la ponctionne : il s'en écoule du pus. Quand cette trompe fut vidée, on put la saisir avec une pince en cœur et l'attirer dans le vagin, et l'on amène en même temps l'ovaire correspondant.

On en fait l'ablation après en avoir saisi le pédicule par une pince courbe qu'on laisse à demeure. On arrête l'hémorragie due à la plaie vaginale par une éponge à cheval sur le vagin et la cavité ponctionnée.

24 décembre. — Le lendemain, on enlève la pince.

Quelques jours après, on remplace l'éponge par une mèche de gaze iodoformée.

8 janvier 1894. — A gauche, par le toucher, on ne sent plus rien. La malade ne souffre plus, sauf un peu au moment de ses règles, qui viennent de passer. La cicatrice vaginale est fermée; elle est un peu sensible à la pression. Mais l'utérus est mobile et la malade n'éprouvant plus de douleur quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIII

Pyo-salpinx volumineux enkysté au milieu d'une collection séreuse. — Ablation des annexes gauches par la voie vaginale. — Collection à droite ouverte secondairement (Condamin).

N..., B., âgée de quarante ans, entre le 11 mars 1894 à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 7.

La malade raconte que dans son enfance elle souffrait fréquemment dans la région de l'estomac et qu'elle saignait du nez très facilement. Elle aurait eu une fièvre à l'âge de douze ou treize ans.

Réglée à quinze ans, sans difficultés. A seize ans, dit-elle, à la suite d'un refroidissement qu'elle aurait eu en marchant pieds nus sur la terre humide, ses règles s'arrêtèrent pendant sept mois. Son ventre avait grossi assez considérablement au point de faire croire à une grossesse. A ce moment, elle souffrait surtout du côté gauche. En même temps, coliques assez vives, malaises nombreux, amaigrissement. Entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. le Dr Soulier, elle en est sortie sans être améliorée.

Elle prit des bains de siège, sur les conseils d'une herboriste et peu de temps après elle vit réapparaître ses règles qui, les premières fois, ne furent pas très abondantes. Elles ont toujours été régulières depuis, mais son ventre ne revint à son volume habituel qu'au bout d'un an.

Mariée à vingt-trois ans, elle a eu dix grossesses. Son premier accouchement, à sept mois, normal. Enfant vivant. Elle se leva au bout de quinze jours. Deuxième grossesse normale. Pendant sa troisième, elle eut, au bout de trois mois, une fausse couche. Elle eut une métrorragie assez abondante, qui dura pendant trois mois (elle était entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse). Quatrième grossesse normale. Pendant sa cinquième, elle eut une deuxième fausse couche au bout de quatre mois (fœtus expulsé), perte de sang notable. Elle a eu ensuite quatre grossesses normales. Pendant toute leur durée, elle se rappelle avoir assez souffert et avoir dû s'alimenter en grande partie avec du lait. Son dernier accouchement a eu lieu il y a sept ans. Après la rupture de la poche des eaux, le travail a duré six jours. La malade n'a cependant pas perdu connaissance, et l'enfant put être extrait après que la malade eut pris un certain nombre de bains de siège.

Depuis ce moment les règles ont toujours été très régulières. Il y a trois ans, elle prit une légère hémorragie à la suite d'une de ses époques. Venue à la consultation à la Charité, on lui conseilla de rester en repos pendant quelque temps, et elle put assez vite continuer à travailler. Elle a toujours souffert un peu du côté gauche; mais c'est surtout depuis deux ans qu'elle a ressenti des douleurs dans les reins et dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs étaient discontinues et revenaient au moment de ses époques. Pendant quelque temps, elle éprouvait en outre quelques fatigues, de la céphalée, une douleur au creux épigastrique, puis les règles passées, elle cessait subitement de souffrir. La malade raconte qu'au moment de ses règles, elle sentait, dans le flanc gauche, une sorte de boule qui grossissait jusqu'au moment où apparaissaient les règles pour disparaître ensuite.

Depuis un mois, les douleurs de la malade sont devenues continues et de plus en plus vives.

Entrée à la Charité, salle Sainte-Thérèse, le 11 mars.

12 mars. — On constate dans le cul-de-sac latéral gauche, une grosse collection rénitente.

Ponction. — Il s'écoule un liquide mélangé de sang et de sérosité purulente, mais pas très abondante. En explorant l'intérieur

de la poche, on trouve une seconde collection tubaire qui n'est autre que la trompe élargie et augmentée de capacité.

L'ovaire dégénéré et petit est saisi avec une pince en cœur et amené dans le vagin. On saisit l'extrémité interne de la trompe avec une pince Richelot sur laquelle on sectionne l'autre portion. La poche est maintenue béante par une éponge imbibée de vaseline iodoformée et qui fait en même temps l'hémostase.

La trompe est dilatée présentant une paroi épaissie. En son milieu, renflement kystique. Paroi externe granuleuse avec de nombreux exsudats fibreux et purulents.

14 mars. — On enlève la pince.

16 mars. — On enlève l'éponge. Plus de sécrétion fétide ou purulente notable. On met une mèche de gaze iodoformée.

25 mars. — On trouve aujourd'hui, à droite, une collection qui tend à se porter vers l'ouverture de la première ponction.

Le doigt introduit dans l'incision arrive à perforer la paroi de la nouvelle collection ; il s'écoule du pus. Nouvelle éponge.

5 avril. — La malade sort. La cavité s'est en partie comblée. Mèche de gaze iodoformée. La malade ne souffre plus.

24 avril. — Utérus et position normale. On ne constate plus d'empatement du cul-de-sac latéral. Induration des parois au niveau de la ponction. La malade se sent très soulagée et marche bien.

OBSERVATION XIV

Poysalpinx enkysté dans une poche séreuse qui se rompt sous la pression de la ponction. — Ablation des annexes par la voie vaginale. (Condamin.)

M. C..., âgée de vingt-neuf ans, ourdisseuse, entre à la Charité, le 27 mars 1894.

Réglée à treize ans. Mariée à vingt-deux ans, a eu deux enfants.

La première couche survenue il y a six ans s'est accompagnée

d'une péritonite localisée au côté gauche qui a obligé la malade à garder le lit pendant cinq mois.

La deuxième couche a eu lieu il y a cinq ans, tout s'est bien passé et la malade se levait au bout de huit jours.

Il y a un an les règles sont devenues un peu moins abondantes que de coutume, cela a duré ainsi jusqu'au mois d'octobre dernier. A ce moment-là sont survenues des douleurs très vives généralisées dans tout le ventre; elles ont persisté jusqu'au mois de janvier, époque à laquelle un médecin consulté a fait placer six topiques sur l'abdomen et aussitôt le côté gauche a été bien soulagé, mais les douleurs ont persisté à droite et la malade entre à l'hôpital le 27 mars 1894.

A la palpation on provoque une douleur assez vive du côté droit mais on ne sent rien d'anormal à travers la paroi.

Par le toucher on sent une petite masse dans le cul-de-sac latéral droit, elle est appliquée contre la face latérale de l'utérus; et semble faire corps avec lui.

28 mars. — La malade étant anesthésiée, on peut faire un examen plus complet et par le toucher et le palper combinés, on arrive à sentir nettement cette tumeur voisine de l'utérus; à un moment donné on éprouve la sensation que quelque chose se déchire au voisinage de cette tumeur, dans le cul-de-sac latéral droit.

On fait une ponction et un débridement au moyen du métrotome. On ne voit sortir que quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent. En explorant avec le doigt la cavité ainsi pratiquée, on sent un ovaire sclérosé et augmenté de volume, on le libère des parties voisines et on le pédiculise assez péniblement. On l'excise et la pince qui tient le pédicule est laissée en place.

L'ovaire enlevé est examiné avec soin; il est dur, scléreux, présente à son intérieur une cavité kystique de la grosseur d'un noisette et ne renferme presque plus de tissu normal.

5 avril 1894. — On enlève l'éponge et on place une mèche.

La malade sort peu de temps après ne souffrant plus; mais on ne laisse pas encore le trajet se refermer.

OBSERVATION XV

Salpingo-ovarite enkystée. — Annexes très adhérentes et scléreuses. — Salpingo-ovariotripsie (Condamin).

M. M., âgée de vingt-sept ans, demeurant cours Vitton, 37, entrée à la Charité, le 27 avril 1894.

Il y a quatre ans la malade, bien portante jusqu'alors, éprouva des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Elle entra à l'hôpital de Montbrison où elle se trouvait alors. Traitement par les révulsifs. Amélioration sérieuse sous l'influence de ce traitement et du repos. Mais depuis cette époque la malade a conservé des pertes blanches épaisses. Les règles n'ont pas été douloureuses.

Il y a trois semaines, brusquement, quelques jours après ses règles, la malade a été prise de douleurs vives dans le bas ventre, avec fièvre et nausées. Elle a pu continuer son travail jusqu'à il y a environ quatre jours, où les douleurs devenant plus vives, elle a dû s'aliter.

A son entrée on trouve un mauvais état général. Au toucher, on constate une volumineuse collection, dans le cul-de-sac de Douglas. Celle-ci s'insinue assez bien entre le vagin et le rectum. Le toucher est très douloureux.

25 avril. — Après anesthésie, la collection est d'abord ponctionnée avec le trocart de Laroyenne et largement débridée transversalement. Il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide séreux citrin. Le doigt introduit dans la cavité rencontre dans le Douglas des masses bosselées, très dures, adhérentes soit aux parties latérales de la poche, soit à sa partie postérieure. Elles sont surtout très marquées à gauche. Après quelques tentatives infructueuses de décollement, M. Condamin se décide à faire le morcellement de ces annexes. Contrairement à ce qu'on observe habituellement, elles sont extrêmement dures, scléreuses. Avec la pince à large mors on ramène par fragments, en grande majorité, les masses tubo-

ovarique enkystées. La totalité de ce qui peut ainsi être enlevé par la salpingo-ovariotripsie peut être évalué au volume d'un poing.

La poche débarrassée de quelques fragments par un lavage à l'eau bouillie est tamponnée ainsi que l'orifice du trajet vaginal avec une éponge imbibée de pétrovaseline iodoformée.

26 avril. — La malade ne souffre presque plus, la température de 40 degrés est tombée à 38°,3.

25 avril. — L'amélioration persiste. Plus de douleur. Température normale.

3 mai. — On sort l'éponge, qui est remplacé par une mèche de gaze iodoformée.

10 mai. — La malade ne souffre plus du bas-ventre. Les culs-de-sac sont souples. A peine un peu d'induration autour du point où la ponction a été pratiquée.

OBSERVATION XVI

Salpingo-ovarite enkystée. — Ponction et débridement. — Annexes très adhérentes. — Salpingo-ovariotripsie (Condamin).

B..., C..., âgée de trente ans, demeurant à Lyon, entrée à la Charité le 8 mai 1894.

Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, la malade a toujours eu une très bonne santé.

Réglée à neuf ans, toujours régulièrement.

Aucune grossesse.

Le début des accidents semble remonter à cinq ans. Ces accidents survenus d'une façon insidieuse consistaient en douleurs vagues dans l'abdomen et règles très douloureuses.

Il y a un an, séjour à Sainte-Madeleine (service de M. Levrat) pendant lequel elle eut successivement douze topiques et dut subir une ponction avec débridement. A la suite, soulagement réel pendant six mois, puis réapparition des accidents.

La malade vient alors à la consultation de M. Laroyenne. On dilate l'orifice de la première ponction et on place une mèche de gaze iodoformée. A la suite, soulagement pendant un mois. Puis, de nouveau, réapparition des accidents.

La malade rentre à la Clinique le 8 mai.

A l'examen, masse dure, volumineuse et très douloureuse au toucher dans le cul-de-sac droit.

11 mai. — Ponction et débridement. Une première poche séreuse, une deuxième purulente. On trouve un ovaire petit, sclérosé avec des adhérences. Ovariectomie. Eponge à la pétrovaseline iodoformée.

18 mai. — Ablation de l'éponge. Mèche de gaze iodoformée.

28 mai. — La malade ne souffre plus. L'orifice est fermé. On ne sent ni empatement, ni masses. Les culs-de-sac sont parfaitement libres. On place des tampons et la malade quitte le service.

5 juin. — Pendant la nuit qui a suivi sa sortie, la malade a éprouvé des douleurs abdominales très vives, qu'elle attribue à son tamponnement. Elle a dû garder le lit jusqu'à sa nouvelle rentrée et ses douleurs ont continué plus ou moins fortes. A son entrée on enlève le tamponnement. La malade se trouve immédiatement soulagée.

Le mieux s'est accusé de jour en jour. La malade n'accuse plus aujourd'hui aucune souffrance. Les culs-de-sac sont parfaitement libres. Comme traitement elle a eu deux vésicatoires. Elle quitte le service.

12 juillet. — Revue à la consultation : va très bien. Aucun phénomène anormal du côté de l'abdomen. Quelques symptômes de fissure anale.

OBSERVATION XVII

Salpingo-ovarite enkystée. — Ponction et débridement de deux poches : l'une séreuse, l'autre purulente. Ablation de la trompe gauche (Condamin).

H..., L. âgée de quarante ans, demeurant à Lyon, entrée le 16 juin 1894, sortie le 27 juin.

Bonne santé habituelle jusqu'à l'apparition de l'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Règles assez irrégulières

Aucune grossesse.

L'affection actuelle paraît avoir débuté au mois de mai dernier par des douleurs dans le ventre et dans les cuisses. Ces accidents coïncidaient avec l'époque menstruelle.

Son état s'est aggravé progressivement depuis lors et il y a huit jours elle paraît avoir eu quelques signes de péritonite. Les symptômes se sont amendés quelque peu depuis deux ou trois jours.

A l'examen, tuméfaction dure, rénitente, volumineuse et douloureuse dans le cul-de-sac de Douglas et dans le cul-de-sac latéral gauche.

17 juin. — Ponction et débridement. Ecoulement d'un liquide franchement séreux. Le doigt introduit dans l'orifice perçoit une autre masse fluctuante qui semble appartenir aux annexes. Une deuxième ponction avec débridement amène l'écoulement d'un liquide couleur chocolat.

On décolle et on attire dans le vagin la trompe gauche qu'on enlève en totalité après avoir placé une ligature sur le pédicule. Les parois sont un peu épaissies et sa muqueuse est boursouflée.

Eponge à la pétro-vaseline iodoformée.

22 juin. — Ablation de l'éponge.

Mèche de gaze iodoformée.

27 juin. — La malade ne souffre plus. Il persiste comme un peu d'empâtement. On met une nouvelle mèche dans le trajet.

La malade quitte le service.

12 juillet. — Revue à la consultation. La malade ne souffre plus du tout. Le 2 juillet elle a vu revenir ses règles. Elles ont duré quatre jours et n'ont pas été douloureuses.

OBSERVATION XVIII

Salpingo-ovarite enkystée. — Ponction et débridement.

Salpingo-ovariotripsie. (Condamin.)

R. L..., vingt-deux ans, demeurant cours Morand, 12, entrée le 21 juin 1894, sortie le 13 juillet.

Réglée à onze ans, toujours régulièrement.

Aucune grossesse.

Un séjour à l'Hôtel-Dieu il y a deux ans pour urétrite. Depuis elle a toujours souffert du ventre.

A l'examen : collection volumineuse occupant les culs-de-sac postérieur et latéraux avec prédominance à gauche. Toucher douloureux.

22 juin. — Ponction et débridement. Ecoulement d'un liquide séreux abondant.

A gauche et en arrière, collection qu'on traite par le même procédé. Ecoulement purulent. Les parois de l'abcès sont épaisses et indurées. Adhérences des annexes.

A droite, annexes également adhérentes qu'on enlève par morcellement. La trompe est fongueuse et épaissie. L'ovaire est augmenté de volume et scléro-kystique.

Mèche de gaze dans la cavité purulente.

Eponge de la pétrovaseline iodoformée dans la poche enkystée.

26 juin. — Ablation du premier pansement.

Mèche de gaze iodoformée.

13 juillet. — La malade ne souffre plus. Palper et toucher abdominal sont pratiqués sans douleur. On supprime tout pansement.

La malade quitte le service.

OBSERVATION XIX

*Salpingo-ovarite enkystée. — Ponction et débridement.
Salpingo-ovariotripsie. (Fochier.)*

P. V..., trente-quatre ans, demeurant à Lyon, entrée dans le service de M. Fochier, le 10 juin 1894.

Réglée à douze ans, toujours régulièrement.

Une grossesse normale à dix-neuf ans.

Bonne santé habituelle jusqu'à 26 ans. A ce moment, métrorragies abondantes pendant deux mois et demi. Huit jours après la fin de ces métrorragies symptômes qui firent croire à une fièvre typhoïde.

Un mois et demi après, apparition de douleurs abdominales qui nécessitèrent un séjour dans le service de M. Laroyenne. Le traitement fut : repos et topiques. Aucune intervention.

Depuis cette époque les douleurs sont revenues d'une façon progressive, et le 10 juin 1894, la malade entre de nouveau à la Charité, dans le service de M. le professeur Fochier.

A l'examen, collection volumineuse à droite.

11 juin. — Ponction et débridement. Ecoulement séreux assez abondant. En explorant la cavité, on tombe sur une masse enkystée du volume d'une mandarine. On la ponctionne. Il ne s'en écoule aucun liquide. Le doigt introduit dans cette nouvelle cavité tombe sur des fongosités qu'on extirpe dans la mesure du possible.

17 juin. — Ablation de la mèche. Traces de matières fécales.

3 juillet. — Nouvelle mèche. Plus de matières fécales dans le pansement.

La malade quitte le service n'accusant plus aucune douleur.

19 juillet. — Revue à la consultation. La malade va toujours très bien. On laisse néanmoins encore une mèche de gaze dans le trajet.

CONCLUSIONS

Si maintenant nous cherchons à résumer les idées principales développées dans ce travail, nous arrivons à une série de conclusions que nous croyons pouvoir formuler de la façon suivante :

I. Il existe une variété spéciale de salpingo-ovarite entrevue seulement par les auteurs et bien présentée dans sa physionomie spéciale par M. le professeur Laroyenne. On peut désigner cette variété sous le nom de salpingo-ovarite enkystée dans un foyer de pelvi-péritonite.

II. Cette affection consiste essentiellement en une poche pelvi-péritonéale, contenant un liquide généralement séreux, au sein duquel baignent des annexes abcédées ou non, mais toujours pathologiques.

III. Elle peut être localisée au niveau des différentes

fossettes qu'on trouve sur le plancher du bassin, mais son siège le plus fréquent est le cul-de-sac de Douglas.

IV. La méthode thérapeutique suivie par M. Laroyenne, doit être considérée comme la méthode de choix. Elle comprend différents temps qui sont :

1° La ponction et le débridement de la poche enkystée;

2° Une intervention sur les annexes malades enkystées et qui peut être suivant le cas : soit la ponction et le débridement d'une ou plusieurs collections développées aux dépens de ces organes ; soit leur ablation par les procédés habituels de la voie vaginale ou encore par le procédé spécial que M. le professeur agrégé Condamin désigne sous le nom de salpingo-ovariotripsie.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

PRÉFACE.	5
CHAPITRE PREMIER. -- Aperçu historique	9
CHAPITRE II. — Quelques notions anatomiques sur la région où siègent ces collections.	14
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique macroscopique de la salpingo-ovarite enkystée.	19
CHAPITRE IV. — Traitement. Ponction et débridement. Ablation des annexes par la voie vaginale. Salpingo-ovariotripsie.	37
Pièces justificatives	55
CONCLUSIONS	77

